Rok XLI. Kraków, 16 Sierpnia 1902. Nr. 33.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

## O amputacyi w przypadkach ropienia na kończynach.

Podał

**Prof. Dr. Rudolf Trzebicky,**

prymaryusz oddziału.

W artykule p. tyt. „Blutvergiftung und Amputation“ [1]) Dr. Doerfler z Ratysbony poruszył w roku ubiegłym sprawę operacyjnego leczenia ropnego zapalenia tkanki podskórnej na kończynach, powszechnie uważaną już za kwestyę stanowczo załatwioną. Jakkolwiek Doerfler w wywodach swoich stanął pierwotnie na stanowisku zbyt skrajnem, co z konieczności musiało wywołać opozycyę, to jednakże niezbitą zasługą jego pozostanie, że spowodowawszy wymianę zdań kierowników poważnych klinik i zakładów, przyczynił się do rozjaśnienia niektórych niezbyt ściśle jeszcze określonych zapatrywań i do ustalenia wskazań w tej chorobie do najcięższego, bo nieodwołalnie i trwale kaleczącego zabiegu t. j. do amputacyi. Na podstawie codziennego doświadczenia, że amputacya, wykonana z powodu ran zakażonych na kończynach, tylko wyjątkowo jest w stanie życie uratować, jak między innemi świadczy historya zestawionych przez Doerflera z dzienników politycznych 11 przypadków, w których z powodu drobnych skaleczeń nieczystymi sprzętami amputowano, a z tych 9 zakończyło się śmiercią pacyentów, jak niemniej na podstawie teoretycznego rozumowania, że odjęcie chorej kończyny nie może przecież usunąć i unicestwić zgubnego wpływu krążących już we krwi drobnoustrojów ropnych i ich wytworów, staje się Doerfler zdeklarowanym przeciwnikiem wszelkiej amputacyi we wczesnych okresach ropnego zapalenia tkanki podskórnej na kończynach. Natomiast zaleca on zawsze i wszędzie szerokie nacięcia tkanki nacieklej aż do granicy utkania zdrowego; tym sposobem zachował 89% swoich pacyentów przy życiu.

Wykonanie amputacyi wobec zatrucia krwi uważa Doerfler za postępowanie „po omacku“, za ostatnią i to zgoła niepewną próbę ratowania życia chorego i to tem niepewniejszą, że niepodobna ściśle oznaczyć chwili, w której jej wykonanie jest wskazanem. Skrajne to stanowisko musiało, jak już wspomniałem, wywołać dyskusyę, w której w pierwszym rzędzie zabrały głos kliniki chirurgiczne berlińska i monachijska. Na posiedzeniu Stowarzyszenia lekarskiego w Berlinie w dniu 30 października 1901 r. oświadczył się Bergmann stanowczo za wykonaniem amputacyi w tych przypadkach rozległego nacieku tkanki podskórnej na kończynach, w których zwykłe głębokie nacięcia nie prowadzą do celu. Dokładniej określił on swoje stanowisko w pracy pod tytułem: „Die Behandulng der acut progredienten Phlegmone“ [2]) i w artykule swojego asystenta Henryka Wolffa [3]). Według Wolffa należy wykonać odjęcie kończyny z powodu ropienia tkanki podskórnej, złośliwej opuchliny *(oedema malignum)* i zgorzeli piorunującej z powodu następujących trzech wskazań:

1) Jeżeli mimo racyonalnego leczenia, a więc rozległych nacięć, sprawa ropna dalej postępuje wśród ogólnych objawów zagrażających życiu chorego.

2) Jeżeli sprawa ropna wprawdzie się nie szerzy, ale mimo należytego odpływu wypociny ilość wessanych drobnoustrojów lub ich produktów zagraża życiu chorego, albo jeżeli ciągłe zaostrzenia się sprawy ropnej podkopują zdrowie.

3) Jeżeli wobec rozległego zmiażdżenia kości i części miękkich należy się obawiać, że nawet w razie uratowania kończyny pacyent okupi długotrwałą chorobą jedynie kończynę niezdatną do użytku.

Podobne mniej więcej stanowisko zajął również Brauser [4]) z kliniki monachijskiej. Rzecz oczywista, że co do wskazania 3-go, postawionego przez Wolffa, niema i nie może być chyba dyskusyi. Jeżeli z góry przewidzieć można, że kończyna albo utrzymać się wcale nie da, albo pozostanie jedynie tylko kikut raczej przeszkadzający w pracy, toć oczywista, że amputacya skraca cierpienie i ratuje chorego przed wyniszczeniem. Dwa inne wskazania różnią się zasadniczo co do czasu, w którym stają się aktualnemi. Podczas gdy pierwsze dotyczy, *sit venia verbo,* stanu ostrego, gdy cały proces jest w pełnem nasileniu, wskazanie drugie ma na oku chwilę, w której proces stracił już na grozie i nie zagraża choremu z powodu gwałtownego szerzenia się, ale jedynie tylko swem przewlekaniem się i powolnem zakażaniem ustroju. W tym ostatnim razie decyzya łatwiejsza zarówno dla lekarza, jak i dla chorego, i nie musi zapaść natychmiast.

Pod tym też względem i zgodność chirurgów większa, jak to zresztą zaznaczył już Doerfler w swym drugim artykule [5]), twierdząc, że chodzi mu tylko o powstrzymanie zapału w wykonaniu amputacyi we wczesnym okresie postępującego ropienia. Najtrudniejszem, bo najmniej dającem się z matematyczną ścisłością określić, jest wskazanie pierwsze; to też co do niego zachodzić może i rzeczywiście zachodzi sprzeczność zdań i zapatrywań chirurgów. Punkt ciężkości wskazania, a i zarazem cała trudność jego postawienia leży w oznaczeniu chwili, w której postęp

[1]) Münchener medic. Wochenschrift 1901, Nr. 17 i 18.

[2]) Berlin, 1901).

[3]) Blutvergiftung und Amputation. Münchener medic. Wochenschrift 1901. Nr. 48.

[4]) Blutvergiftung und Amputation. Münchener medic. Wochenschrift 1902, Nr. 3.

[5]) Münchener medic. Wochenschrift 1902, Nr. 3.

procesu ropnego mimo rozległych nacięć zagraża życiu chorego. Wchodzi tu w grę tyle najrozmaitszych, prawie zupełnie nieuchwytnych czynników, że żadną miarą niepodobna ustanowić tu jakiejś reguły ogólnej szablonowej, któraby dla lekarza mniej rutynowanego mogła w wątpliwszych razach stanowić wskazówkę do działania. Jedyną dyrektywą może tu być tylko doświadczenie i rutyna lekarza, poparte oczywiście dokładną oceną poszczególnych objawów chorobowych. Nie może tu rozstrzygać samo przejście sprawy zapalnej z kończyny na tułów, gdyż przecież każdy chirurg z pewnością zna z własnego doświadczenia przypadki, w których musiał podobne nacięcia, jak na kończynie, wykonać na tułowiu, zwłaszcza na plecach, piersiach, i zdołał w ten sposób życie choremu uratować. Przypadek podobny zdarzył mi się w początkach mej praktyki. Młody kupiec skaleczył się przy czyszczeniu wagi sklepowej w palec. Objąłem go w leczenie z rozległym naciekiem ropnym, sięgającym do połowy ramienia. Po nacięciach tkanka podskórna oddzielała się w strzępach zgorzelinowych mocno cuchnących; sprawa sama zaś wśród wysokiej gorączki szła ku górze. Wezwany na naradę doświadczony kolega zalecał jako ostatni środek w celu ratowania życia wyłuszczenie kończyny w barku. Licząc na siły młodego pacyenta, oparłem się tej propozycyi, wykonałem szereg rozległych cięć aż do linii środkowej klatki piersiowej z przodu i z tyłu, i na szczęście doczekałem się ograniczenia procesu i wyleczenia chorego wraz z kończyną. Również nie może tu decydować i wynik badania krwi, a względnie wykazanie w niej obecności drobnoustrojów, choćby dlatego, że i w lżejszych postaciach, kończących się wyzdrowieniem zupełnem, wykazano drobnoustroje ropne we krwi; z drugiej zaś strony przy ciężkich nawet objawach zatrucia ogólnego może być we krwi brak zupełny jestestw chorobotwórczych. Jedynie tylko wnioskowanie, oparte na rozległem doświadczeniu i dokładnej ocenie sił chorego i nasilenia objawów chorobowych, może zniewolić lekarza do zalecania odjęcia kończyny we wczesnym okresie choroby, wśród jej postępu i rozwoju; a to tembardziej, że wśród tych okoliczności wyjątkowo tylko zdołamy wykonać odjęcie kończyny wśród tkanek zdrowych, a temsamem liczyć na rychłozrost, a jeszcze mniej możemy dać choćby w przybliżeniu rękojmię uratowania chorego. Ta właśnie niepewność w rokowaniu wraz z uwzględnieniem bądź cobądź znacznego urazu, jakim jest amputacya dla pacyenta ciężko schorzałego, najczęściej z sercem wskutek posoczniczej gorączki niedomagającem, jest głównym powodem, dlaczego z niechęcią tylko, ja przynajmniej, doradzam w podobnych razach amputacyę, dlaczego staram się zakres jej wskazań ograniczyć *ad minimum*. Myśl możliwie jak najdalej idącej zachowawczości trwale zagnieździła się w moim umyśle jeszcze w czasie mojej asystentury. To też objąwszy kierownictwo oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza, starałem się ją przeprowadzić konsekwentnie wobec całej masy częstokroć bardzo ciężkich i zaniedbanych ropówek *(phlegmone)*; poniżej zestawiona tabela wyraźnie przekona, czy i o ile w ten sposób postępując, miałem słuszność; tu chciałbym tylko podnieść, że wśród toczącego się i postępującego procesu ropnego, dotąd amputowałem tylko: 1) w razie zgorzeli części kończyny, połączonej z objawami ciężkiego zakażenia ogólnego, w celu zapobieżenia dalszemu wessaniu się do krążenia drobnoustrojów ropognilnych i ich produktów, a względnie wykluczenia i usunięcia t. zw. „toksyn miejscowych“, na które zwrócił uwagę Bauer [6]), twierdząc, że one głównie osłabiają odporność organizmu na szkodliwy wpływ bakteryj, niszcząc siłę odporną krwi; 2) w razie bezwzględnej niemożności utorowania należytego odpływu wydzielinie ropnej, np. w niektórych postaciach ostrego ropienia stawów — 3) i w przypadkach ropówek *(phlegmone)* z rozległem zmiażdżeniem, połączonem zwłaszcza z przerwaniem krążenia (tętniczego i żylnego), gdzie o utrzymaniu kończyny z góry marzyć nie można. O ile którekolwiek z wyżej wymienionych wskazań nie zachodziło, zawsze ograniczałem się do rozległego nacięcia części dotkniętych naciekiem, założenia sączków celem zabezpieczenia odpływu wydzielinie, podawania środków podniecających sprawność serca, a więc wyskoku, kofeiny, a w razie potrzeby i strychniny pod skórę, a w kilku nielicznych przypadkach także uciekałem się do stosowania surowicy Marmorka. Niestety znaczny koszt tego przetworu z jednej strony, a szczupłość naszych funduszów z drugiej, nie pozwoliła na tak rozległe stosowanie tego sposobu leczenia, jakbym sobie tego życzył; to też o jego skuteczności przy ropówkach z własnego doświadczenia niewiele mogę powiedzieć. Podnieść jednakże muszę, że w jednym przypadku wprost rozpaczliwego zakażenia ogólnego w następstwie ropienia na kończynie górnej wynik po zastrzyknięciu był wprost zdumiewający: ciepłota odrazu spadła, proces przestał się szerzyć, a groźne objawy ogólnego zakażenia gnilnego w ciągu dwóch dni ustąpiły. W kilku innych przypadkach wynik nie był równie świetny.

Oczywiście, że niejednokrotnie, choć zresztą bardzo rzadko, wypada w późniejszym okresie choroby wykonać amputacyę, np. z powodu zgorzeli kończyny, która nie wywoływała groźnych objawów, a więc dozwalała czekać na demarkacyę, albo wskutek kolosalnych rozmiarów słoniowaciny, którą kilkakrotnie po wyleczeniu ropówek, zwłaszcza na kończynie górnej, spostrzegaliśmy. Rozumie się też samo przez się, że wskazanie postawione przez Wolffa na miejscu drugiem, a doradzające wykonanie amputacyi w razie przewlekania się choroby i ciągłego zaostrzania się sprawy, a głównie grożącego wyniszczenia pacyenta przez długotrwałe ropienie i następowe zmiany w narządach wewnętrznych, jest tak ogólnie przyjętem, że i my ściśle go przestrzegamy przy stawianiu wskazań do amputacyi. Kierując się temi zasadami, leczyłem od 1-go stycznia 1898 roku do końca grudnia 1901 na moim stałym oddziale 373 ropówek *(phlegmone)*, a mianowicie 234 mężczyzn i 139 kobiet, i to prawie wyłącznie postacie ciężkie, gdyż lżejsze z powodu braku miejsca leczono przeważnie ambulatoryjnie i w powyższej liczbie ich nie uwzględniono. Z tych 373 ropówek leczono przez wykonanie pierwotnej amputacyi w myśl wyżej podanych zasad 26 razy, przyczem zdołałem 21 chorych utrzymać przy życiu, podczas gdy pięciu umarło; 347 chorych leczono rozległemi nacięciami, z których 314 wyzdrowiało (u 5-ciu musiano wykonać amputacyę w okresie późniejszym) a umarło 33 (9·5%). Dla łatwiejszej oryentacyi podaję następującą tabelę:

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Leczono | mężczyzn | 234, | z tych | zachowawczo | 214, | pierwotną | amputacyę | 20 |
| „ | kobiet | 139, | „ | „ | 133, | „ | „ | 6 |
| „ | Razem | 373, | „ | „ | 347, | „ | „ | 26 |

[6]) Deutsche medic. Wochenschrift 1902, Nr. 13.

Z leczonych zachowawczo:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Mężczyzn | wyleczono | 195, | umarło | 19 |
| kobiet | „ | 119. | „ | 14 |
| Razem | „ | 314, | „ | 33 |

Z pierwotnie amputowanych:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Mężczyzn | wyleczono | 16, | umarło | 4 |
| kobiet | „ | 5, | „ | 1 |
| Razem | „ | 21, | „ | 5 |

Liczby te, jakkolwiek wykazują śmiertelność przy leczeniu zachowawczem dość wysoką, bo 9·5%, już same przez się przemawiałyby na korzyść tego leczenia, wobec blizko 20% śmiertelności po pierwotnej amputacyi, gdyby wogóle sprawę tę wolno było rozstrzygnąć na drodze porównawczej statystyki, co mojem zdaniem już dla tego samego byłoby błędnem, że przecież według wyżej przytoczonych zasad amputujemy tylko w przypadkach bądźcobądź najcięższych, a więc z góry już zagrożonych największą śmiertelnością. Prędzej zdołamy sobie wyrobić zdanie o wartości naszego postępowania, zmierzającego do jak najdalej idącego ścieśnienia wskazań do amputacyi wśród ostrego postępującego ropienia na kończynach, jeżeli zestawimy nasze przypadki śmierci po leczeniu zachowawczem i jeżeli przez dokładne zbadanie przyczyn zejścia niepomyślnego zdołamy sobie odpowiedzieć na pytanie, czyby tych chorych nie można było przez wczesne odjęcie kończyny utrzymać przy życiu. Tabela poniżej podana zestawia wszystkie 33 przypadki, które się śmiercią zakończyły, według przyczyny śmierci.

1) W stanie wielkiego osłabienia z zapaleniem płuc zgłosiło się chorych . . . . . . . . . . . 8 którzy umarli w 24—48 po przyjęciu.
2) Z przyczyn zupełnie od ropienia niezależnych, w następstwie uszkodzeń narządów wewnętrznych, n. p. przepony, mózgu zmarło . . . . . . . . . 5
3) Z zakażenia połogowego, którego jednym z objawów było przerzutowe ropienie na kończynach, zmarło 5
4) Z wyniszczenia wskutek długotrwałego ropienia zmarło . . . . . . . . . . . . . . . . 3 (Chorzy ci żadną miarą na proponowane odjęcie kończyny zgodzić się nie chcieli).
5) Z obłędu opilczego *(delirium tremens)* zmarł . . 1
6) Z ropnicy ogólnej, która była następstwem skaleczenia kolana, zmarł . . . . . . . . . . 1
7) Z krwotoku wskutek nadżarcia większych tętnic umarło . . . . . . . . . . . . . . . . 2
8) Wśród samego ropienia z ogólnego zakażenia zmarło 8 (wszyscy mieli ponad 60 lat i ulegli zapaleniu płuc opadowemu).

Z zestawienia tego wynika, że chorzy przytoczeni pod 1, 2, 3, zmarli z przyczyn niezależnych od samego procesu ropienia na kończynie, a tem mniej od stosowanego sposobu leczenia. U chorych objętych rubryką 4-tą i 5-tą śmierć była wprawdzie następstwem ropienia, ale nie może bynajmniej przemawiać przeciw leczeniu ropówek drogą nacięć w okresie ostrego postępu choroby, gdyż chorym pod 4) wskutek przewlekania się sprawy proponowano odjęcie kończyny, na co jednak żadną miarą zgodzić się nie chcieli. Pacyent objęty rubryką piątą byłby i po amputacyi niechybnie dostał obłędu opilczego *(delirium tremens)*, któremu uległ w trzecim dniu swego pobytu w szpitalu, przyczem ropówka kończyny górnej była wcale miernego nasilenia. Tak więc pozostaje tylko 11 pacyentów z rubryki 6—8, u których śmierć była następstwem ropienia, i co do których uzasadnione na pozór mogą być zarzuty przeciw leczeniu drogą zachowawczą, a nie amputacyą. Głównie dotyczy ten zarzut chorego z ropieniem w stawie kolanowym po skaleczeniu, u którego mimo rozległego otwarcia całego stawu i tamponady gazą jodoformową przyszło do ropnicy, i dwóch chorych, u których w przebiegu ropieniu na kończynie przyszło do przeżarcia tętnic i następowego śmiertelnego krwotoku. Wreszcie chorzy pod 8) byli wszyscy starcami powyżej lat 60 i to przeważnie ludźmi nędznie bardzo odżywionymi, co do których zachodziły poważne też wątpliwości, czy wogóle i amputacyę zdołaliby wytrzymać. Bądźcobądź jednak wyniki nasze pouczają dosadnie, że choć leczenie ropówek drogą rozległych nacięć jest i musi być w pierwszym rzędzie zawsze uwzględnione, trudno zgodzić się z Doerflerem, odrzucającym amputacyę wobec tego cierpienia zupełnie.

Na podstawie doświadczenia naszego należy przyznać, że oprócz wskazań do amputacyi przy ropówce, powyżej przezemnie postawionych, w pewnej skromnej liczbie przypadków należy myśleć o amputacyi pierwotnej, zwłaszcza tam, gdzie z góry przewidzieć można, że osobnik schorzały, zwłaszcza w podeszłym wieku, długiego trwania gorączki i znacznej utraty białka przez obfite ropienie nie wytrzyma.

## II. O odkażającem działaniu urotropiny w moczu.

Podał
Dr. J. Czyrniański,
c. k. lekarz pułkowy I. kl. w Jarosławiu.

Uzasadnione przeświadczenie, że u chorych na cierpienia dróg moczowych, prędzej czy później pomimo wszelkich ostrożności (wyjaławianie narzędzi, odkażanie rąk i oczyszczenie ujścia cewki itd.) następuje wtargnięcie chorobotwórczych drobnoustrojów do dróg moczowych, nawet tam, gdzie ich pierwotnie nie było, jednem słowem przekonanie o niemożliwości trwałej aseptyki w tego rodzaju przypadkach chirurgicznych, sklania lekarzy oddawna do konsekwentnego szukania środków, działających na mocz w kierunku mniej albo więcej dokładnego odkażenia.

Że znalezienie takiego dobrego środka, o ile jest pożądanem, o tyle nie jest łatwem, — tego najlepszym dowodem jest właśnie częste pojawianie się coraz nowszych przetworów, mających działać w tym kierunku, a które nowoczesny przemysł chemiczny obficie stwarza.

Zadanie rzeczone wtedy tylko uważaćby można za istotnie i zupełnie rozwiązane, gdybyśmy mogli stwierdzić, że dany lek, wprowadzony (oczywiście w nieszkodliwych dawkach) do ustroju, może nawet niekoniecznie jedynie drogą przewodu pokarmowego, sprawia na pewno doszczętne wygubienie w moczu zarazków najbardziej odpornych, albo przynajmniej najodporniejszych z tych, które zwykły wywoływać w drogach moczowych zakażenie moczu bakteryami.

Zachęcony przez J. W. p. prof. Dr. Kadera podczas mojego ośmiotygodniowego pobytu w Jego klinice i korzystając z pozwolenia posługiwania się urządzeniami dla badań bakteryologicznych w zakładzie dla higieny, udzie-

lonego mi przez J. W. p. prof. Dr. Bujwida, za co obu czcigodnym panom profesorom na tem miejscu najuprzejmiej wyrazić moją wdzięczność pospieszam, zająłem się spostrzeżeniami i doświadczeniami nad urotropiną, o ile mi na to główny cel — uzupełnienie wiedzy w kierunku chirurgii i bakteryologii, oraz czas wyznaczony, — pozwalały.

W ciągu mojej obserwacyi na materyale klinicznym i rozpatrywań się w piśmiennictwie, zwrócił moją uwagę jeden z kolegów klinicznych na najnowszą pracę w tym kierunku, ogłoszoną w „Wiener klin. Wochenschrift" p. t. „Experimentelle Untersuchungen über Harnantiseptica v. Dr. Otto Sachs (Breslau), Klinik Prof. Dr. Neisser's". Autor tej rozprawy między innemi badał ponownie działanie odkażające na mocz, występujące po podaniu większych dawek urotropiny.

Sachs podawał przeważnie po 4 grm. dziennie, a dochodził w niektórych doświadczeniach do 6, a nawet do 8 gramów dziennie. Przed odczytaniem tej rozprawki sam pierwotnie śledziłem przypadki schorzeń dróg moczowych w klinice chirurgicznej przy podawaniu dawek, nie przekraczających 2 grm. dziennie. Wrażenie, jakie sam i koledzy moi odnosiliśmy, było mniej korzystne, gdyż wprawdzie chorzy dość sobie podmiotowo lek chwalili, przedmiotowo jednak nie można było stwierdzić ani zmniejszenia się samych osadów, odsetkowo dokładnie codziennie badanych, ani ilości bakteryj w moczu, o ile bez ściślejszego badania to było można ocenić. Postanowiłem spróbować dawki zaleconej przez Sachsa, 4 grm. dziennie, po której, zbierając i mierząc dokładnie mocz, zauważyłem wybitne powiększenie ilości moczu oddanego w ciągu 24 godzin, zarówno w przypadkach urologicznych, jak i w jednym przypadku fizyologicznego moczu u chorego *A. G.*, który mi posłużył, (jak zaraz wyjaśnię) do doświadczenia I. nad bakteryobójczem działaniem urotropiny. W tym przypadku ilość moczu w 24 godzinach wynosiła 1330 ctm. sz. bez urotropiny; następnego dnia po podaniu 4.0 utropiny — 2200 ctm. sz.; trzeciego dnia znów bez urotropiny — 1850 ctm. sz.

W przypadku moim, dotyczącym 23 letniego *A. G.*, będącego w okresie zdrowienia po doszczętnej operacyi przepukliny pachwinowej przyrośniętej *(hernia inguinalis accreta)*, użyłem idąc za Sachsem moczu fizyologicznego urotropinowanego do zbadania działania bakteryobójczego urotropiny na hodowle czyste, mianowicie — o ile to działanie przy użyciu 4 grm dziennie następuje *in vitro*. Wysiano w tym celu na 2 płytki agarowe po 3 pętle moczu w celu sprawdzenia, czy mocz ten jest jałowo zebrany. Na jednej płytce wyrosła po 24 godzinach tylko jedna darń drożdżowa, zresztą zupełnie nic nie dało się na obu płytkach wykryć. Równocześnie w 3 probówkach zaszczepiono po 10 ctm. sz. tego moczu, zebranego jałowo (według wyżej przytoczonego wyniku).

Do próbówki 1-szej dodano 1 pętlę gronkowca ropotwórczego złotego, do 2-ej 1 pętlę prątka okrężnicowego *(b. coli)*, do 3-ej 1 pętlę prątka durowego. Wynik badania po 36 godzinach działania przy ciepłocie stałej 37°C. był taki, że w tych trzech próbach, które okazały tylko prawidłowy obłoczek śluzowy, wprawdzie znalazły się we wszystkich preparatach zaszczepione drobnoustroje, jednak stanowczo można było orzec, że jakiegoś znaczniejszego przyrostu nie było. Z tego zaś można było wnioskować, że nastąpiło w każdym razie działanie przetworu, przytłumiające rozrost w zaszczepionych drobnoustrojach.

Zaszczepiono na próbę mocz wzięty z próbówki, zawierającej gronkowca, po 2 pętle do 2 próbówek z bulionem. Po 48 godzinach nastąpiło tu wyraźne zmętnienie pożywki, a preparat wykazał rozmnożenie gronkowca w wielkiej ilości.

To potwierdziło mniemanie, że w pewnych warunkach działanie urotropiny bywa tylko przytłumiające rozrost bakteryj, nie zaś zabójcze.

Obecnie potrafię sobie wytłómaczyć ten wynik w ten sposób, że w mojem doświadczeniu urotropina była podawaną po 1 grm. co 4 godziny, podczas gdy Sachs stosował ją w ciągu 2 tylko godzin, dając także ogółem po 4 gramy, poczem wnet brał mocz do badania i po 24 godzinnem działaniu przy 37°C osięgał jałowość moczu. Zarazem staje mi się jasnem, jak słusznem i ważnem jest twierdzenie autorów, że urotropina stosunkowo bardzo szybko się wydziela.

Późniejsze doświadczenia moje urządziłem inaczej. Chciałem wybadać, gdzie leży w doświadczeniu laboratoryjnem przy większem zgęszczeniu przetworu punkt występowania działania bakteryobójczego. Ponieważ na podstawie poprzedniego doświadczenia nie doceniałem działania, mniemałem przeto, że punkt ten znajdzie się dość wysoko. Drugie moje doświadczenie sprostowało to moję mniemanie.

Rozpuściłem w tem doświadczeniu 2·6 gramów urotropiny w 100 gramach zebranego jałowo prawidłowego moczu. wziętego od 27 letniego męższczyzny *M. S.*, ozdrowieńca po laryngotomii z powodu zwężenia krtani.

Sporządziłem z tego 2·6% moczu urotropinowego sześć rozcieńczeń przez dodanie tego samego. ale nie urotropinowego moczu:

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| I. | 10 ctm. sz. | moczu | urotropinowego | + 0 ctm. sz. | czystego | moczu | = 2·6% |
| II. | 8 ctm. sz. | » | » | + 2 ctm. sz. | » | » | = 2·08% |
| III. | 6 ctm. sz. | » | » | + 4 ctm. sz | » | » | = 1·56% |
| IV. | 4 ctm. sz. | » | » | + 6 ctm. sz. | » | » | = 1·04% |
| V. | 2 ctm. sz. | » | » | + 8 ctm. sz. | » | » | = 0·52% |
| VI. | 0 ctm. sz. | » | » | + 10 ctm. sz. | » | » | = 0% |

Na wszystkich tych rozcieńczeniach zaszczepiłem po jednej pętli gronkowca.

Doświadczenie to, którego ostateczny wynik został mi uprzejmie przez pana kolegę Dra Bernacińskiego, asystenta w zakładzie bakteryologicznym, listownie udzielony, przekonało mnię, że działanie bakteryobójcze urotropiny jest znaczne, gdy się ten przetwór bada w szklance przy 37° C., po zupełnem wykluczeniu innych ciał chemicznych.

Orzeczenie Dra Bernacińskiego przytaczam dosłownie:

„W moczu prawidłowym (0%) wyrósł gronkowiec tak, jak na każdej pożywce, np. na bulionie". „W innych moczach (0·52%, 1·04%, 1·56%, 2·08% i 2.6% urotropiny) powstał u dołu obłoczkowaty męt śluzowy, jaki zwykle powstaje w każdym moczu fizyologicznym". „W męcie tych wszystkich moczów preparat mikroskopowy ujawnił wprawdzie gronkowca, lecz w ilości bardzo małej, odpowiadającej ilości zaszczepionej. Męt ten nie zwiększył się nawet po 60 godzinach, a szczepiony na agarze nie dał wzrostu gronkowca, ani żadnej innej bakteryi, nawet po 48 godzinach".

„Zatem gronkowiec, znajdujący się przez zaszczepienie w moczach urotropinowanych, został przez urotropinę zabity i nie wyrósł przy zaszczepieniu na najkorzystniejszej nawet dla siebie pożywce".

„Nakoniec muszę powiedzieć, że mocz był zebrany i rozlany zupełnie jałowo, nie wykazał nigdzie domieszki bakteryj z powietrza".

Doświadczenia te musiałem zakończyć. Jednak pozyskałem przekonanie, że urotropina jest rzeczywiście dobrym lekiem odkażającym, gdyż pominąwszy już to, że dalsze doświadczenia na pewno mogłyby okazać, że i mniejsze niż 0·52% odsetki utropiny są skuteczne i zabijają bakterye w krótszym może czasie, niż w 24 godzin, to **w każdym razie środek przeciwzakaźny, który przy 0·5% pewnie działa, jest dobrym środkiem odkaża-**

jącym, stojącym między kwasem karbolowym, a sublimatem w pośrodku; trzeba jeszcze na pochwałę tego środka dodać, że jest to ciało chemiczne z bardzo korzystnemi własnościami, zapomocą którego można osiągnąć chwilowe zgęszczenie moczu do blisko 0·5%, nie szkodząc tkankom ustroju, jak to autorowie, z których niektórzy nawet 10 gramowe dawki dziennie podawali, zgodnie utrzymują.

W końcu nadmieniam, że po rozważeniu wszystkiego, co w piśmiennictwie o urotropinie się czyta i tego, co mnie własne spostrzeżenia pouczyły, przekonałem się, że tylko metoda Sachsa, podawanie urotropiny w dawkach wielkich i doraźnie po sobie następujących (NB. po jedzeniu), jest jedynie racyonalną.

Tak tylko można osiągnąć szybkie zabicie bakteryj; postępując inaczej, osięga się najwyżej powolne, stopniowe ich zamieranie, następstwo w części odporności bakteryj, a więcej jeszcze skutek wielkiego rozcieńczenia urotropiny. Najmniej skutku mogą mieć oczywiście dawki małe, które z góry nie mogą należycie wysycić moczu urotropiną.

## III. O nowszych teoryach odporności.

Podał

**Dr. Filip Eisenberg.**

(Według odczytu wygłoszonego w krak. Tow. lek. dnia 23 kwietnia b. r.).

(Dokończenie).

Ale — zapyta może kto, jakież znaczenie dla medycyny praktycznej mogą mieć te subtelne i zawiłe dociekania teoretyczne nad budową chemiczną ustroju? gdzież zastosowanie chwytników, grup chwytnych, hemolizyn, aglutynin itd. do dziedziny, którą się zajmuje klinika, dziedziny od tych spraw pozornie tak dalekiej? — A jednak, jak już wielokrotnie w dziejach wiedzy ludzkiej spostrzegaliśmy, i tutaj pomost ten między teoryą a praktyką da się zbudować, a mamy prawo przypuszczać, że łączność tych dwóch dziedzin z pogłębieniem i rozszerzeniem naszych wiadomości stanie się coraz ściślejszą, coraz to więcej przyczyniając się do doskonalenia teoryi zarówno, jak praktyki.

W patologii ludzkiej, jak wiadomo, niejednokrotnie spotykamy się z wessaniem różnych komórek ustroju; przy krwotokach do jam ciała, czy miąższowych, przy wessaniu mięsaków limfatycznych pod wpływem arsenu, przy ostrym zaniku wątroby, przy gorączkowem trawieniu tkanek; zachodzi pytanie, jak ustrój oddziaływa na to wessanie, czy i na nie odpowiada wytworzeniem swoistych ciał podobnie, jak na wessanie obcego materyału komórkowego? Badania Ehrlicha i Morgenrotha wykazały, że wstrzykując kozom krew kozią, można uzyskać wytworzenie hemolizyny, kierowanej przeciw tejże krwi, a więc t. zw. izolizynys (w przeciwieństwie do omawianych dotąd heterolizyn, skierowanych przeciw krwi obcogatunkowej). Szczegółowy rozbiór działania tych izolizyn wykazał bardzo odrębne ich zachowanie się wobec krwi różnych osobników tego samego gatunku; podczas gdy heterolizyny działają bez wyjątku na ciałka czerwone wszystkich osobników danego gatunku, tutaj znajdujemy bardzo wybitne różnice osobnicze. Przedewszystkiem żadna z tych surowic nie działa na ciałka czerwone krwi przynależnej, nie jest więc autolizyną; nadto izolizyny pochodzące z różnych osobników wobec tejsamej krwi różnie się zachowują. Z kóz *A*, *B*, *C* i *D* otrzymał Ehrlich cztery odrębne izolizyny; izolizyna *A* nie działa na ciałka czerwone *A*, działa na ciałka *B*, *C*, i *D*; izolizyna *B* nie działa na ciałka *A* i *B*, działa na *C* i *D*; izolizyna *C* nie działa na ciałka *A* i *C*, działa na B i *D*; podczas gdy izolizyny *A*, *B* i *C* działają nietylko na krew kozią, ale i na baranią mocą blizkiego powinowactwa obu tych gatunków, czwarta izolizyna *D* na krew tę nie działa. Takich izolizyn odrębnych udało się Ehrlichowi przez wstrzykiwanie krwi z różnych osobników uzyskać cały szereg; musimy tedy przyjąć, że i krew w zakresie jednego i tego samego gatunku nie przedstawia się jako twór nawskroś jednolity i identyczny, ale jako zbiór różnych chwytników, ułożonych w najrozmaitszych kombinacyach, a suma tych kombinacyj, to osobniczy charakter danej krwi. Badania te otwierają nam daleką, trudną i dotąd niemal że niedostępną drogę do naukowego określenia tajemniczego dotąd i tylko empirycznie odgadywanego czynnika w biologicznym problemacie choroby, do określenia osobniczej dyspozycyi. Czynnik ten, w pierwszym tryumfie zwycięskim ery bakteryologicznej zaniedbany, coraz groźniej wysuwa się w równaniu choroby jako x, często rozstrzygające o rozwiązaniu równania; obok grubych i niewystarczających danych anatomicznych i fizyologicznych, oto pierwsze światło, rzucone w krainę ciemnego tego zagadnienia. Drugim ważnym wnioskiem, wynikającym z badań nad izolizynami, jest ten, że ustrój nigdy nie wytwarza autotoksyn; zrozumiałem jest, że urządzenie takie byłoby zgubnem dla ustroju i dysteleologicznem: gdyby po większej utracie krwi skutkiem wessania wystąpiła autohemolizyna, ta znowuby spowodowała dalszy rozpad krwi, i tak powstałoby błędne koło, niechybnie wiodące ustrój do śmierci. Widocznie tedy ustrój ten, objawiający tak wybitny „horror autotoxicus“, — jak Ehrlich nazywa to zjawisko,— musi rozporządzać mechanizmem regulacyjnym, nie pozwalającym na powstawanie autotoksyn; będzie to możliwem w dwojaki sposób: albo przez to, że komórki dane, np. ciałka czerwone krwi, pozbędą się wrażliwych chwytników dla powstającej izolizyny, albo też przez to, że autolizyna powstając z początku w drobnych ilościach, wywołuje powstanie antyautolizyny, która ją zobojętnia i nie pozwala jej się gromadzić w ustroju. Oba te mechanizmy rzeczywiście zostały stwierdzone, jeden przez Ehrlicha i Morgenrotha, drugi przez Besredkę. I dla patologii ludzkiej sprawa ta ma już pewne znaczenie; badania Grünbauma, Halbana, Ascolego, Monaco i Panichi i moje własne wykazały, że w całym szeregu chorób narządów krwiotwórczych, charłactw, chorób zakaźnych, połączonych z rozpadem krwi, powstają przez jej wessanie izo-aglutyniny i izolizyny w surowicy ludzkiej; w pracy mojej wykazałem, że ciała te nigdy nie działają na ciałka czerwone własnej krwi, że zatem nie są autotoksynami zgodnie z postulatem Ehrlicha i że występują w bardzo nieznacznych ilościach, prawdopodobnie z tego powodu ponieważ są zobojętniane przez antyautotoksyny.

Ale i dla terapii badania i poglądy wyżej wyłuszczone niepoślednie mają znaczenie. Po wiekopomnych odkryciach Pasteura i Behringa rzucono się z całym zapałem do stworzenia terapii surowiczej we wszystkich znanych, a nawet nieznanych zakażeniach, nagromadzono niesłychany materyał pomysłów i doświadczeń, a jednak oprócz leczenia wściekli-

zny, błonicy i tężca żadna inna metoda dotąd nie uzyskała prawa obywatelstwa w medycynie. Jeżeli nawet pominiemy zakażenia, których etyologii dotąd nie znamy, jak również te, których mechanizm pozostaje jeszcze dla nas zagadką, pozostaną jeszcze sprawy chorobowe, w których mimo, że znamy już swoiste surowice ochronne, dotąd wyniki praktyczne nadziei w nich pokładanych nie spełniają; mówię w szczególności o cholerze, durze brzusznym i poczęści o dżumie. Posiadamy surowice *in vitro* lub w doświadczeniu na zwierzęciu nadzwyczaj czynne, więc tylko ścisły rozbiór ich sposobu działania może nam wskazać, czego brak do uzyskania pomyślnych wyników w praktyce leczenia. Wiemy, że surowice te, bakteryobójcze *in vitro,* działają tylko dzięki współdziałaniu ciała ochronnego z ciałem uzupełniającem; liczne doświadczenia przekonywują nas, że i w ustroju ten sam mechanizm jest czynny. Już znany objaw Pfeifferowski rozpuszczania się prątków cholery w otrzewnej świnki morskiej prawidłowej pod wpływem unieczynnionej surowicy przeciwcholerycznej z kozy dowodzi jego istnienia; w obszernej swej pracy nad odpornością przeciwdurową wrodzoną i nabytą Wassermann wykazał znaczenie tego mechanizmu dla odporności. Świnki morskie z natury są odporne przeciw zakażeniu prątkiem Ebertha; korzystając ze znanego faktu, że przez wstrzykiwanie prawidłowej surowicy, zawierającej ciało uzupełniające, udaje się uzyskać antykomplement, t. j. ciało zobojętniające działanie tego ciała uzupełniającego, Wassermann wykazuje, że morska świnka, której ciało uzupełniające zwiążemy przez zastrzyknięcie dostatecznej ilości takiego antykomplementu, ulega zakażeniu durowemu nieszkodliwemu dla świnki prawidłowej. W podobny sposób udało się temuż autorowi wykazać, że bierna i czynna odporność swoista uwarunkowana jest obecnością ciała uzupełniającego we krwi zwierzęcia uodpornionego. W praktyce tymczasem dwa czynniki mogą tu szkodliwie oddziaływać; większość surowic swoistych zawiera ciało uzupełniające w nieznacznej tylko ilości, a i to tylko w stanie świeżym; z czasem zaś ta niewielka ilość ginie. Z drugiej strony ciało uzupełniające, nawet jeśli je wprowadzamy do ustroju w ilości dostatecznej, może w nim, o ile pochodzi z gatunku obcego, uledz zniszczeniu lub też, jak uczą doświadczenia Dungerna i Meltzera, zostać pochłoniętem przez pewne tkanki ustroju, objawiające dość wybitne powinowactwo. Dwa tedy zadania nadzwyczaj ważne powstają dla terapii: znaleść obfite źródła ciał uzupełniających, a powtóre wyszukiwać dla każdej kombinacyi ciała uzupełniające, zdolne się utrzymać w ustroju ludzkim (antropostabilne). Pierwsze z tych zagadnień podnoszone było przez Dönitza, a w nowszych czasach przez Wassermanna, który wykazał, że przez dodatek ciała uzupełniającego w dostatecznej ilości można skuteczność leczniczą surowic bakteryobójczych w znakomity sposób podnieść. Ważność drugiego zagadnienia ciał uzupełniających trwałych w danym ustroju wykazał Neisser z zakładu Ehrlicha: Sobernheim znalazł, że surowica owiec wysoko uodpornionych przeciw wąglikowi zupełnie jest nieczynna, gdy ją stosujemy u myszy; według Neissera ma to podstawę w fakcie, że ciało uzupełniające surowicy owczej ginie w ustroju myszy, zaś ciało ochronne nie znajduje na to miejsce w tym ustroju żadnego uzupełnienia. Opierając się na tych spostrzeżeniach, Ehrlich proponuje uzyskiwanie surowic ochronnych i lecznicznych z małp w nadziei, że przy blizkiem filogenetycznem i chemicznem podobieństwie ich ustroju do ludzkiego, ciało uzupełniające ich ustroju okaże się antropostabilnem. Pozostawałaby jeszcze jedna droga, — na razie coprawda tylko teoretycznie pomyślana, — a mianowicie — zużytkowanie ciał uzupełniających ustroju ludzkiego, o ile się nadają do uczynienia danej surowicy; należałoby w tym celu używać surowic, z któremi doświadczenie *in vitro* wykazało możność uzupełnienia przez surowicę ludzką, z drugiej zaś strony starać się przez odpowiednie zabiegi wzmódz zasób ciał uzupełniających w ustroju, — zagadnienie dotąd nie rozwiązane.

I otośmy już u kresu naszej drogi: po krętych ścieżkach wielorakich doświadczeń, po zawrotnych szlakach spekulacyi, przebyliśmy całą prawie dziedzinę odporności, wiedzeni przez teoryę łańcuchów bocznych; niech mi będzie wolno, rzucając okiem wstecz na przebytą drogę, poświęcić parę słów wspomnienia naszemu przewodnikowi. Nie ulega wątpliwości, że mamy tu do czynienia z teoryą wielką, bo niesłychanie prostą w koncepcyi, a uniwersalną, bo tłómaczącą prawie cały ogrom zjawisk odporności, śmiałą, bo sięgającą po analogie w dziedziny napozór bardzo odległe, głęboko obmyślaną w szczegółach, a przytem zachowującą wielkie linie całości. Żadna z dotychczas istniejących teoryj nie da się tak dobrze pogodzić z całokształtem naszej wiedzy doświadczalnej, jak ona, żadna nie zdołała w sposób tak genialny, a ogromnie prosty, wytłómaczyć swoistości zjawisk w tej dziedzinie spostrzeganych, żadna tak ściśle nie zrosła się z wspólną dla wszystkich nauk lekarskich podstawą, z fizyologią i chemią biologiczną, żadna nie okazala się tak płodną, tak pobudzającą, żadna tak, jak ona, nie może służyć jako hipoteza heurystyczna, jako drogowskaz dla dalszych badań w tej dziedzinie. Zasługą jej jest, że zdziera pozorny nimb mistyczny, okrywający zjawiska odporności i buduje pomost między niemi a funkcyami fizyologicznemi ustroju, idąc w ślad wielkiej myśli Virchowa, że niema różnicy zasadniczej między zjawiskami życia prawidłowego a choroby, że choroba jest tylko życiem wśród warunków patologicznych. Zarzucano jej wielokrotnie, a ostatniemi czasy najwymowniej uczynił to Gruber w znanych swych odczytach wiedeńskich z większą elegancyą i sugestywnością, aniżeli uprawnieniem, że jest zbyt spekulatywną, że zanadto się oddala od faktów, za dalekie wysnuwa z nich wnioski, że nas upaja szumnemi słowy, kryjąc przed nami w ten sposób luki naszej wiedzy, których niestety tak wiele. Zarzuty takie nie jedną już spotykały teoryę, nie jedną jeszcze spotkają; — odbija się w nich przeciwieństwo dwóch sposobów patrzenia na świat: jedni radziby zawsze trzymać się ziemi, trzymać faktów doświadczalnych, inni śmiałym lotem myśli wzbijają się na wyżyny prawd ogólnych, tamtym często niedostępne. Wokoło nas gromadzi się coraz bardziej i piętrzy ogromny materyał faktów doświadczalnych, faktów różnorodnych, czasem sprzecznych; — bez myśli przewodniej, któż znajdzie drogę w tym chaosie? Czyż mamy ciągle brnąć dalej w doświadczeniach, broniąc sobie uogólnień, choćby tymczasowych, pod pozorem, że na nie jeszcze zbyt wcześnie?! Wiemy dobrze, że wszelka teorya względną jest tylko prawdą, że dzień jutrzejszy może dzisiejszej prawdzie zaprzeczyć, ale czyż dlatego mamy się wyrzec myśli? Myśl nieokiełznana — prawda — łatwo schodzi na bezdroża, ale

za to jak Anteusz niegdyś może ciągle świeże czerpać siły w zetknięciu z doświadczeniem, może się doń naginać, o ile z drugiej strony nowe mu drogi wytyka. I łudzą się ci szperacze, skrzętni zbieracze faktów, — bo fakta same jeszcze nigdy wiedzy nie stanowią; dopiero myśl żywa tka z nich złotą przędzę prawdy. Czy teorya Ehrlicha tej prawdy jest już ostatniem słowem? nie wierzę; bezwątpienia zostaje jeszcze ogrom zagadek i moc pytań nierozwiązanych. być może, że niejedno w niej jeszcze zmianie ulegnie, ale to jej wartości nie ujmuje, — przewodniczką chce być do prawdy. nie prawdą samą. Chemizm żywej protoplazmy, czy to bakteryjnej, czy wyższokomórkowej, — oto zagadka zagadek, w nim spoczywa i zagadka odporności; cały ten świat, więcej dotąd odgadywany i przeczuwany, niż poznawany, czeka swego Kopernika, któryby jego prawa odkrył, ale do tego odkrycia jeszcze daleko, bardzo daleko. Czyż mamy dlatego czekać z założonemi rękami? Metody biologiczne mniej może ścisłe od chemicznych, jednak zdołają może uchylić rąbek tej zasłony; więc na razie, póki tamte drogi we mgle jeszcze skryte, temi musimy iść ku prawdzie. A choć droga trudna i cel daleki, pójdziemy niestrudzeni, bo dążenie do prawdy, nie prawda sama, jest istotną naszego bytu treścią. *In magnis voluisse sat est!* *)

*) Z Zakładu higieny i bakteryologii Uniw. Jag. pod kier. Prof. O. Bujwida.

## IV. Z zakładów: anatomii patologicznej i medycyny sądowej Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.

# O zmianach drobnowidowych u podstawy oddzielającej się pępowiny i ich sądowo-lekarskiem znaczeniu.

Podali

**Dr. L. K. Gliński i Dr. S. Horoszkiewicz**

Asystenci zakładów.

(Ciąg dalszy).

Jednem słowem na podstawie wyników badań, przeprowadzonych przez Kockela, zdawało się, iż zyskaliśmy nareszcie dość pewny sposób oznaczania, czy dziecię urodziło się żywe lub martwe, jakoteż możność określenia czasu trwania życia pozałonowego dzieci żywo urodzonych. Wobec ważności tej sprawy, zachęceni przez naszych szefów: Proff. Browicza i Wachholza, postanowiliśmy sprawdzić badania Kockela, zwłaszcza, iż mimo że od czasu ogłoszenia pracy Kockela, minęły blizko 4 lata, nikt dotychczas badań tych nie sprawdzał i nie potwierdził. Badania swoje przeprowadzaliśmy na zwłokach noworodków, co do których szczegółowe dane posiadaliśmy z oddziału położniczego tutejszego szpitala Śgo Łazarza, oraz z kliniki położniczej. Badania nasze obejmują ogółem 39 przypadków, z tej liczby w 21 przypadkach mieliśmy do czynienia z płodami nieżywo urodzonymi, podczas gdy pozostałe 18 przypadków dotyczą noworodków, które żyły $^1/_2$ godziny do 16 dni. We wszystkich tych przypadkach wycinaliśmy pępowinę wraz z pierścieniem skórnym i po należytem ustaleniu i zatopieniu w celoidynie, krajaliśmy pępowiny w kierunku strzałkowym tak, aby mieć na przekrojach górny i dolny obwód pępowiny, gdyż w tych miejscach zdaniem Kockela pojawiają się charakterystyczne zmiany już w bardzo krótkim czasie po urodzeniu się dziecka. Otrzymane skrawki barwiliśmy hematoksyliną, podbarwiając je eozyną lub barwikiem van Giesona.

Szczegółowe wyniki tych badań przedstawiają się w sposób następujący:

I grupa. Noworodki żywo urodzone.

*Przypadek 1.* Noworodek płci męzkiej, niedonoszony (długości 49 cm, jądra kostnego w przysadkach kości długich brak), zmarł w $^1/_2$ godziny po urodzeniu się; poród prawidłowy.

W części skórnej widoczne są liczne naczynia włosowate, które w częściach obwodowych znikają wraz z brzegiem naskórkowym, podczas gdy w linii osiowej zachodzą w obręb pępowiny na 1 mm. powyżej brzegu naskórkowego, leżąc tutaj w ścianach grubościennego naczynia (tętnicy) i w jego najbliższem otoczeniu. Ani w części skórnej, ani też w pępowinie nie znajdujemy nacieków, lub choćby małych skupień leukocytowych [1]).

*Przypadek 2.* Noworodek płci męzkiej, niedonoszony (9 miesięcy księżycowych). Urodził się głęboko omdlały; docucony, zmarł najwyżej w $^1/_2$ godziny po urodzeniu się. Eclampsia matris.

Pępowina nieco zagłębiona w pierścień skórny. Naczynia włosowate w części skórnej dość liczne, porozszerzane, wypełnione dobrze utrzymanemi krwinkami czerwonemi; w częściach obwodowych znikają one wraz z brzegiem naskórkowym, w linii zaś osiowej przechodzą na 2 mm. wgłąb pępowiny. Tuż ponad brzegiem naskórkowym w obwodowych częściach pępowiny na przestrzeni około 2 mm. znajdujemy nacieki złożone z leukocytów wielojądrzastych; po stronie górnej naciek ten jest bardzo zbity na obwodzie, ku środkowi pępowiny staje się luźniejszym i w odległości 2 mm. od obwodu znika całkowicie; po stronie dolnej naciek jest wogóle luźniejszy, ciągnie się jednakowoż bez przerwy wgłąb pępowiny i nie dochodzi do nacieku po stronie górnej zaledwo na 1 mm. W ten sposób prawie cała podstawa pępowiny zajęta jest naciekiem leukocytowym już to wiotszym, już też zbitszym, znikającym całkowicie tylko na bardzo małej przestrzeni. W linii osiowej naciek ten leży nieco powyżej linii granicznej (między pępowiną a częścią skórną) pomiędzy i głównie ponad zachodzącemi tutaj naczyniami włosowatemi.

Prócz opisanych wyżej nacieków znajdujemy zbity naciek leukocytowy również i w obwodowych częściach pierścienia skórnego; naciek ten jednakowoż nie łączy się bezpośrednio z naciekiem u podstawy pępowiny.

*Przypadek 3.* Noworodek płci męzkiej, niedonoszony (9 miesięcy księżycowych), omdlały. Docucony, zmarł najwyżej w $^1/_2$ godziny po urodzeniu się. W części skórnej znajdujemy niezbyt liczne pozapadane naczynia włosowate, nigdzie nie przechodzące w obręb pępowiny poza linię, łączącą 2 przeciwległe krańce pierścienia skórnego. Ani w części skórnej, ani u podstawy pępowiny nie znaleziono nigdzie nacieków leukocytowych.

*Przypadek 4.* Noworodek płci męzkiej, niedonoszony (8 miesięcy księżycowych). Po urodzeniu się żył 5 kwadransów. Zarówno w częściach obwodowych, jak i w części środkowej naczynia włosowate leżą tylko w obrębie pierścienia skórnego i na pograniczu z pępowiną znikają całkowicie. Nacieków, ani skupień leukocytowych nie znajdujemy nigdzie, ani w samej pępowinie, ani też w części skórnej; gdzieniegdzie spotykają się tylko nieliczne pojedynczo leżące leukocyty.

*Przypadek 5.* Noworodek płci męzkiej, niedonoszony (długość 28 ctm, jądra kostnego w przysadkach kości długich brak); żył 2 godziny, powłoka naskórkowa części skórnej bardzo cienka. Naczynia włosowate w części skórnej wcale liczne, szerokie, wypełnione dobrze zachowanemi krwinkami czerwonemi; na pograniczu z pępowiną znikają całkowicie zarówno w częściach obwodowych, jak i środkowych. Leukocyty wogóle bardzo nieliczne, leżą pojedynczo, nigdzie nie tworząc nawet drobnych skupień.

*Przypadek 6.* Noworodek płci męzkiej, niedonoszony (37 ctm. długości, 1200 grm. wagi), żył 4 godziny. Naczynia włosowate w pierścieniu skórnym są wogóle dość liczne, zwłaszcza w częściach obwo-

[1]) Celem uniknięcia rozwlekłości opisów, podajemy tutaj tylko te szczegóły badania drobnowidowego, które dla naszej pracy mają pewne znaczenie, rozmyślnie pomijając wszelkie inne szczegóły badania drobnowidowego, oraz opisy makroskopowego zachowania się pępowiny, jako też stanu narządów wewnętrznych. *Przypisek autorów.*

dowych; na pograniczu z pępowiną znikają one wraz z brzegiem naskórkowym w częściach obwodowych, podczas gdy w linii osiowej zachodzą nieco wyżej w obręb pępowiny. W części pogranicznej na całym przekroju, lecz głównie w obrębie pierścienia skórnego, są rozrzucone stosunkowo liczne, przeważnie wielojądrzaste leukocyty, które dookoła naczyń włosowatych tworzą luźne skupienia w częściach obwodowych, nagromadzając się także (również w stosunkowo znacznej ilości) w mięsnych ścianach grubych naczyń.

*Przypadek 7.* Noworodek płci męzkiej, niedonoszony (długości 40 ctm., waga 1500 grm), żył 10 godzin. Naczynia włosowate w części skórnej rozwinięte niezbyt obficie, nie przekraczają nigdzie linii pogranicznej. Na całym przekroju widoczne dość liczne jedno i wielojądrzaste leukocyty, które jednakowoż leżą pojedynczo, nigdzie nie tworząc nawet drobnych skupień.

*Przypadek 8.* Noworodek donoszony płci żeńskiej; żył po urodzeniu się 15 godzin. Naczynia włosowate są wogóle liczne, nie ograniczają się do części skórnej, lecz zarówno w częściach obwodowych, jak i w linii osiowej wnikają w obręb pępowiny, w której na całej odciętej do badania długości (1,4 ctm) wykazać je można, lecz tylko w linii osiowej, podczas gdy w częściach obwodowych pępowiny znikają one dość rychło. W całym wyciętym do badania odcinku pępowiny znajdujemy bardzo liczne leukocyty jedno- i przeważnie wielojędrzaste, które tworzą różnej zbitości skupienia między pasmami rozwłóknionej galarety Whartona; w częściach obwodowych na pograniczu z częścią skórną, oraz w części środkowej pępowiny w odległości 1 ctm. powyżej linii granicznej nacieki te są bardzo zbite; w innych częściach — nieco luźniejsze. Jak wysoko sięgały te nacieki w pępowinie, nie byliśmy w stanie dokładniej oznaczyć, gdyż nie przewidując tak wysoko w obręb pępowiny sięgającego nacieku, wycięliśmy do badania zaledwie 1,4 ctm. pępowiny; w każdym razie musiał on zachodzić znacznie wyżej, o ile wnosić można z tego, iż w miejscu odciętem, w całej części środkowej, znajdował się wcale rozległy dość zbity naciek leukocytowy. W obrębie pierścienia skórnego badanie drobnowidowe wykazało tylko nieznaczne nacieki w linii osiowej i to tylko na samem pograniczu z pępowiną.

*Przypadek 9.* Noworodek płci męzkiej, donoszony, żył 17 godzin. Naczynia włosowate w obrębie pierścienia skórnego są dość obficie rozwinięte; w częściach obwodowych znikają tuż ponad brzegiem naskórkowym; w części środkowej zachodzą na 4 mm. w obręb właściwej pępowiny; w świetle ich obok krwinek czerwonych, widoczne są dość liczne leukocyty jedno- i wielojądrzaste. Na pograniczu pępowiny i części skórnej po obu stronach, tuż ponad brzegiem naskórkowym, znajdujemy na przestrzeni 2—$2^1/_2$ mm dość zbity naciek, złożony z leukocytów przeważnie wielojądrzastych, zajmujący tylko obwodowe części pępowiny, w kierunku zaś ku linii osiowej rychło znikający. Prócz tych nacieków znajdujemy również naciek leukocytowy w samym środku części podstawowej pępowiny; naciek ten jednakowoż jest luźniejszy, niż powyżej opisane i leży głównie tuż ponad znajdującemi się tutaj naczyniami włosowatemi.

*Przypadek 10.* Noworodek płci żeńskiej, niedonoszony (długości 40 ctm., brak jądra kostnego w przysadkach kości długich); żył 20 godzin. Naczynia włosowate, niezbyt zresztą obfite, znajdują się wyłącznie w części skórnej i nie zachodzą nigdzie w obręb pępowiny; niektóre z nich są dość szerokie, wypełnione krwinkami czerwonemi. Wielkie naczynia w obrębie pępowiny są wypełnione skrzepami krwi, wśród których widoczne są dość liczne leukocyty jedno- i wielojądrzaste. Prócz tego znajdujemy także nieliczne pojedynczo rozrzucone leukocyty w sąsiedztwie naczyń włosowatych w przybrzeżnych warstwach części skórnej. Nacieków, a nawet choćby tylko luźnych skupień leukocytowych nie znajdujemy nigdzie.

*Przypadek 11.* Noworodek płci żeńskiej, donoszony; żył 27 godzin. Pępowina dość znacznie wyschnięta. Naczynia włosowate w części skórnej są dość liczne, zarówno na obwodzie, jak i w linii osiowej, przyczem te ostatnie posiadają względnie szerokie światło i są wypełnione krwinkami czerwonemi. W pępowinie naczynia włosowate znajdujemy tylko w linii osiowej, podczas gdy na obwodzie znikają one jednocześnie z naskórkiem; w linii osiowej zachodzą one na 5 mm. w obręb pępowiny. Wielkie naczynia pępowinowe wypełnione są skrzepami krwi, wśród których widoczne są liczne jedno- i wielojądrzaste leukocyty. Na pograniczu części skórnej oraz pępowiny znajdujemy na dolnej powierzchni pępowiny w warstwach najbardziej obwodowych nieznaczny dość luźny naciek, złożony z leukocytów głównie wielojądrzastych i częściowo zajmujący również obwodowe warstwy pierścienia skórnego. W odpowiedniem miejscu na powierzchni górnej pępowiny znajdują się tylko rozrzucone pojedyncze leukocyty; znaczniejsze znowuż skupienia leukocytów, miejscami tworzące nawet zbity naciek, znajdują się w linii osiowej u podstawy pępowiny, gdzie zachodzą one dość wysoko (na 5 mm.) w obręb pępowiny (wraz ze znajdującymi się tutaj naczyniami włosowatemi) i leżą pomiędzy pasmami rozwłóknionej galarety Whartona.

*Przypadek 12.* Noworodek niedonoszony płci męzkiej; żył godzin 27. Naczynia włosowate niezbyt liczne, w warstwach obwodowych spotykają się tylko w obrębie części skórnej, podczas gdy w linii osiowej zachodzą na 6 mm. w obręb samej pępowiny. Na dolnej powierzchni pępowiny w warstwach obwodowych, tuż ponad brzegiem naskórkowym, znajdujemy nieznaczny, niezbyt zbity naciek leukocytowy, sięgający na 2 mm. wgłąb (w kierunku linii osiowej) pępowiny. W odpowiedniem miejscu na powierzchni górnej pępowiny spotykają się tylko pojedyncze leukocyty. Natomiast w odległości około 6 mm. powyżej brzegu naskórkowego (a więc w miejscu, do którego sięgają naczynia włosowate) znajdujemy dość rozległy i zbity naciek leukocytowy, zajmujący więcej ku środkowi leżące warstwy pępowiny: naciek ten rozpoczyna się w odległości 2 mm. od powierzchni pępowiny i tutaj jest najzbitszy; w kierunku zaś ku linii osiowej staje się luźniejszym, a w samym środku pępowiny całkowicie znika.

*Przypadek 13.* Noworodek płci męzkiej, donoszony; urodził się silnie omdlały; docucony, żył 36 godzin. Naczynia włosowate, w ogóle szerokie, są bardzo obficie rozwinięte w części skórnej i to głównie w jej warstwach obwodowych; poza linię graniczną między częścią skórną a pępowiną nie przechodzą. U podstawy pępowiny znajdujemy zbity naciek, złożony z leukocytów wielojądrzastych i ku środkowi pępowiny stający się nieco luźniejszym. Tutaj już na zasadzie obrazu drobnowidowego możemy mówić o pogranicznej płytce nacieku leukocytowego, która zdaje się odpowiadać miejscu późniejszego oddzielenia się pępowiny. W obręb części skórnej naciek wnika tylko nieznacznie i jest tutaj wogóle luźniejszym.

*Przypadek 14.* Noworodek płci żeńskiej, niedonoszony (z bliźniąt, 40 ctm. długości, 2000 gram. wagi, brak jądra kostnego w przysadkach kości długich). Po urodzeniu się żył 3 dni. Naczynia włosowate, niezbyt zresztą obfite, znajdują się głównie w obwodowych warstwach części skórnej, w obręb pępowiny (poza linię graniczną) nigdzie nie przechodzą. Na pograniczu między pępowiną a częścią skórną, głównie w obrębie pępowiny, znajduje się zbity naciek leukocytowy, dochodzący 1,5 mm. grubości i zajmujący całe pogranicze. Naciek ten, najzbitszy w warstwach obwodowych, ku środkowi staje się nieco luźniejszym, wszędzie jednak występuje wybitnie. Składa się on głównie z leukocytów wielojądrzastych i na preparatach barwionych jest już widoczny makroskopowo w postaci ciemniejszego pasma, w części środkowej nieco wypuklonego ku pierścieniowi skórnemu.

*Przypadek 15.* Noworodek płci żeńskiej, niedonoszony (9 mies. księż.); żył 3 dni. Pępowina wyschnięta. Naczynia włosowate dość liczne znajdujemy prawie wyłącznie w obwodowych warstwach części skórnej; powyżej brzegu naskórkowego znikają one całkowicie. W obwodowych warstwach u podstawy pępowiny znajduje się tylko bardzo nieznaczny naciek leukocytowy, który staje się znacznie rozleglejszym w obrębie części skórnej, gdzie zajmuje nietylko warstwy obwodowe, lecz również i środkowe; tutaj naciek ten, usadowiony głównie w sąsiedztwie wielkich naczyń, jest również zbitszy, niż w warstwach obwodowych, w obręb pępowiny przechodzi on tylko na małej przestrzeni. Wyraźnej złożonej z leukocytów płytki pogranicznej tutaj nie znajdujemy.

*Przypadek 16.* Noworodek płci męzkiej, donoszony; żył 4 dni. Naczynia włosowate w części skórnej, zwłaszcza w częściach obwodowych, liczne, szerokie, wypełnione krwinkami czerwonemi, sięgają tylko do podstawy pępowiny. W wielkich naczyniach pępowinowych widoczne skrzepy krwi, wśród których znajdują się liczne leukocyty. Pępowina jest częściowo oddzieloną, a mianowicie na górnej powierzchni widzimy między pępowiną a częścią skórną zagłębienie, odpowiadające miejscu oddzielenia się; brzegi tego zagłębienia są pokryte licznymi, wielojądrzastymi, częściowo już ropadłymi leukocytami. W przedłużeniu tego zagłębienia ku powierzchni dolnej biegnie widoczna już makroskopowo (zwłaszcza na preparatach, barwionych metodą van Gieso-

na), miejscami na małej przestrzeni przerwana, łukowata, wypukłością ku pępowinie zwrócona linia szerokości około 1 mm., która, jak to wykazuje badanie drobnowidowe, utworzona jest przez naciek z leukocytów wielojądrzastych. Linia ta stanowi jednocześnie granicę naczyń włosowatych, które poza nią tylko w bardzo małej ilości przechodzą w obręb pępowiny. Wyżej wspomniane nacieki leżą między pasmami rozwłóknionej galarety Whartona, oraz częściowo w ścianach wielkich naczyń, które właśnie stanowią widoczne już makroskopowo przerwy w nacieku. Najzbitszy naciek leży w częściach obwodowych podstawy pępowiny; w obręb samej pępowiny i części skórnej nacieki te wnikają bardzo nieznacznie i to głównie wraz z wielkimi naczyniami, w ścianach których się znajdują.

*Przypadek 17.* Dziecię płci żeńskiej, donoszone; żyło 5 dni Pępowina wyschnięta, silnie (na 5 mm.) zagłębiona w pierścień skórny. Już przy makroskopowem oglądaniu preparatów, zwłaszcza barwionych metodą van Giesona, widoczną jest ciemniej zabarwiona około 1 mm. szeroka, silnie wypuklona ku pępowinie linia, rozpoczynająca się tuż ponad brzegiem naskórkowym; największa wypukłość tej linii przypada w odległości 5 mm. powyżej prostej linii, łączącej 2 przeciwległe brzegi podstawy pępowiny, a więc przypada na wysokości otaczającej zagłębioną pępowinę skóry. Przy badaniu drobnowidowem okazuje się, iż ta ciemniej zabarwiona linia jest utworzona przez bardzo zbity, złożony z wielojądrzastych leukocytów naciek. Poza tym naciekiem, zarówno w pępowinie, jak i w części skórnej, znajdujemy tylko nieliczne luźne skupienia, oraz pojedynczo rozrzucone leukocyty. Naczynia włosowate są w ogóle dość obfite w części skórnej i nigdzie nie przechodzą poza obręb wyżej opisanej linii zbitego nacieku.

*Przypadek 18.* Chłopiec 16 dniowy, niedonoszony. Pępowina bardzo silnie wyschnięta, częściowo (od strony górnej) oddzielona. Główną masę pępowiny stanowią wielkie naczynia pępowinowe, wypełnione skrzepami krwi. W części skórnej znajdują się liczne szerokie naczynia włosowate, nie wnikające nigdzie w obręb pępowiny. Na pograniczu w miejscu, gdzie pępowina już się oddzieliła, znajdujemy na oddzielonych powierzchniach nagromadzenie częściowo rozpadłych leukocytów wielojądrzastych; oddzielona część skórna jest już częściowo pokryta naskórkiem. Po stronie przeciwnej (dolnej) u podstawy pępowiny w częściach obwodowych znajduje się również naciek, mniej jednak zbity. Prócz opisanych nacieków znajdujemy jeszcze zbite nacieki w części skórnej w bezpośredniem sąsiedztwie, oraz w ścianach wielkich naczyń pępowinowych (Ciąg dalszy nastąpi).

## V. Wyciągi.

Bidder. **Leczenie czyraków podskórnem odkażaniem.** *(Deutsche med. Wochenschrift* 1902, Nr. 18 i 19). Po raz wtóry wraca autor do swej metody, którą ogłosił przed 14-tu laty w celu uniknięcia operacyjnego leczenia czyraka. Metoda ta, stosowana przez autora od 25 lat, polega na wstrzykiwaniu podskórnem 2% kwasu karbolowego: przy czyrakach małych w połowie promienia, w większych 5—10 mm. od brzegu wbija się skośnie w chorą tkankę igłę strzykawki Pravaza, napełnionej 2% kwasem karbolowym, aż igłą trafi w miejsce miękkie i wstrzykuje się kilka kropel rozczynu, następnie powtarza się to i po drugiej stronie tak, aby przez pierwszy przez ukłócie zrobiony otwór i przez przetokę, jeśli ta już istnieje, wypływał na zewnątrz wstrzyknięty rozczyn karbolu. Wystarcza zupełnie tylko raz wstrzyknąć. Działanie karbolu w tych razach polegałoby prawdopodobnie na odkażeniu tkanki zakażonej gronkowcem lub paciorkowcem; przy zanogcicy jednakże nie radzi autor tego sposobu stosować. W końcu należy dodać, że prócz nieznacznego bólu po operacyi nie spostrzega się żadnego działania ubocznego karbolu, a przebieg gojenia bardzo się skraca. Chorych uwalnia się od zmory „poddania się operacyi", a uniknięcie blizn w przypadkach czyraków na twarzy jest ze względów kosmetycznych jedną z dobrych stron tego postępowania. *B. Żmigród.*

Kugel. **O jednym przypadku wyleczenia raka wstrzykiwaniami surowicy Adamkiewicza.** *(Deutsche med. Wochs.* Nr. 24, 1902). Istota rzeczy zawarta w nagłówku; — dodać nadto należy, że chorą tę uznano za nieuleczalną, po wykonaniu poprzednio w ciągu 8-miu lat kilkakrotnych zabiegów operacyjnych. Po wstrzykiwaniach (20) surowicy Adamkiewicza miało nastąpić wyleczenie. *Pisek.*

Hess. **W sprawie zakrzepów żylnych (thrombus) w przebiegu ostrego gośćca stawowego.** *(Deutsche medicin. Wochenschrift* Nr. 26, 1902). Wystąpienie zakrzepów żylnych w przebiegu gośćca stawowego jest samo przez się objawem w ogólności wcale nie rzadkim; dwa jednak przypadki, opisane przez autora, a odnoszące się do osobników młodych (25 i 32 lat), zasługują jedynie z tego względu na uwagę, że w pierwszym przypadku (pomyślnie zakończonym) zakrzepy były w żyłach kończyn górnych, dolnych i w żyle próżnej niższej (vena cava inf.), w drugim (zakończonym śmiercią) oprócz powyższych, była także zajętą żyła próżna wyższa (vena cava super.). *Pisek.*

Lesser. **Małżeństwo a choroby weneryczne.** *(Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 25, 1902). Największe trudności sprawiają te przypadki rzeżączki, w których w żaden sposób nie można usunąć wszystkich objawów cierpienia. W takich razach zezwala Lesser wówczas na małżeństwo, jeśli: *a)* nitki tryprowe zawierają mało leukocytów; *b)* od ostatniego zakażenia upłynęło kilka lat; *c)* chory w ciągu tych lat nie miał żadnych dolegliwości. Jeśli zaś nitki wskazują na ropę, wówczas pomimo braku gonokoków należy się sprzeciwić małżeństwu. Odnośnie do kiły nie jest autor zasadniczym przeciwnikiem zawarcia małżeństwa, jeśli *a)* upłynęło najmniej pięć lat od zakażenia, i *b)* przeprowadzonem zostało wzorowe leczenie swoiste. *Dr. Pisek* (Podgórze).

M. Wassermann. **O zachowywaniu się krwinek białych w zapaleniu wyrostka robaczkowego.** *(Münchener med. Wochenschrift* 1902, Nr. 17 i 18). Autor przytacza wyniki spostrzeżeń 47 przypadków, spostrzeganych w monachijskiej klinice chirurgicznej Angerera i dochodzi do wniosku, że stwierdzenie wysokiej leukocytozy może mieć nietylko znaczenie przy rozpoznaniu ropienia, ale może być wskazaniem do rękoczynu chirurgicznego. W przypadkach, przekazanych do operacyi z powodu znacznej leukocytozy, stwierdzano ropę mimo tego, że inne kliniczne objawy ropienia nie były wyraźnie zaznaczone. Wartość tego objawu jest niezależną od innych objawów, jak ciepłota, tętno, wejrzenie i objawy miejscowe. *Dr. M. Blassberg.*

Maurice Boigey. **Nowy sposób szczepienia ospy.** *(Semaine médicale* 1902, Nr. 27). Szczepienie ospy u dorosłych daje wynik dodatni w pewnym tylko dość szczupłym, zmiennym zresztą odsetku przypadków. Wynik ujemny odnoszono do odporności nabytej wskutek poprzednich szczepień, nieraz co do czasu bardzo odległych, lub wreszcie do wątpliwej wartości użytej krowianki. Od kilku lat jednakże lekarze chorób dzieci stwierdzili, że podobną odporność spotyka się również u osobników bardzo młodych, u których szczepienia dokonano niewątpliwie po raz pierwszy. Tłomaczenie tego zjawiska odpornością odziedziczoną po rodzicach musiało upaść wobec wielokrotnego stwierdzenia rzekomej odporności u dziecka, podczas gdy równoczesne szczepienie rodziców dało wynik dodatni. Przyczyn zatem należy szukać gdzieindziej.

W czasie epidemii ospowej w Lugdunie (1899—1900) autor niejednokrotnie miał sposobność spostrzegać, że dzieci, u których szczepienie się nie przyjęło, które zatem, wnioskując logicznie, należałoby uważać za nieprzystępne dla zarazka ospowego, w niedługi czas potem zapadały, a nawet ginęły z ospy. Epidemia londyńska (1901—1902) potwierdziła te spostrzeżenia. Szczepienie zatem dokonane zapomocą zwykłych, powszechnie używanych sposobów, t. j. zapomocą zeskrobania przyskórka lub drobnych nacięć, niezawsze jest wystarczającem. Autor uważa to za bardzo naturalne; ileż starań i dokładności zużywa się w pracowniach naukowych w celu zaszczepienia użytemu do prób zwierzęciu jakiegokolwiek jadu chorobowego, pomimo, że zwierzę to wybrane zostało między innemi, jako wyjątkowo skłonne do przyjęcia tego jadu; — tutaj przeciwnie, gdzie idzie o szczepienie lecznicze, najbardziej zasadnicze warunki są pominięte, a brama otwarta dla zarazka jest tak wązka i mało dostępna, że ten nieraz przebyć jej nie może.

Przekonany o niedostateczności dzisiejszych sposobów szczepienia, próbował autor zastąpić je innymi. Wstrzykiwanie podskórne krowianki okazało się zbyt bolesne; odczyn zapalny miejscowy był bardzo gwałtowny, połączony z silnym obrzękiem i gwałtownym bólem, nierzadko i ciepłota ciała była podwyższona. Następnie próbował autor nacięć wielokrotnych. Metodą tą udało mu się uzyskać z wszelką pewnością pięć niewątpliwych szczepień u pięciu osobników, z których jeden był szczepiony przed dwoma miesiącami bez skutku, czterech zaś innych było szczepionych poprzedniego roku rzekomo z wynikiem dodatnim. Ilość nacięć wynosiła około dziesięciu; odległość między niemi była bardzo mała. Sposób ten jednak zabiera zbyt wiele czasu, aby mógł być przy szczepieniach masowych używany. Doświadczenia te doprowadziły autora do przekonania, że szczepienie należycie wykonane musi bezwarunkowo wywołać objawy tej choroby, której jad został zaszczepiony.

Autor starał się znaleźć metodę, któraby pozwoliła obok szybkości wykonania stworzyć dość szeroką powierzchnię, chłonącą jad

ospowy. Warunki te można osiągnąć przy użyciu małego mosiężnego młoteczka o powierzchniach lekko wypukłych, osadzonego na dość długiej rączce. Sposób szczepienia jest bardzo prosty i wygodny. Młotek zanurza się na przeciąg trzech minut we wrzącej wodzie; następnie przez jedną sekundę przyciska się go lekko wypukłą powierzchnią do tego miejsca obnażonej skóry, na którem chcemy dokonać szczepienia. Skóra czerwienieje, po chwili naskórek się podnosi na przestrzeni najwięcej pół kwadratowego ctm., a pod nim gromadzi się cienka warstwa płynu surowiczego. Końcem nożyka, zanurzonym poprzednio w krowiance, przebija się naskórek i zaszczepia się w ten sposób jad ospowy wprost w cieczy surowiczej, stanowiącej jak wiadomo znakomitą dla niego pożywkę. W trzy dni po zaszczepieniu pojawia się na skórze naokoło miejsca szczepienia odczyn zapalny; z końcem pierwszego tygodnia tworzy się pęcherzyk ospowy, wypełniony jasną przezroczystą cieczą, wkrótce zmieniającą się w ropną; wreszcie pęcherz pęka i w dwa najwięcej tygodnie od dnia zaszczepienia zaskorupia się zupełnie. Od czwartego do dwunastego dnia występuje mierne podniesienie ciepłoty ciała, powien niepokój, uczucie ogólnej niemocy, niekiedy obrzmienie gruczołów pachowych. Potem wszystko wraca do stanu prawidłowego. Wszystkie te objawy wyraźniej występują po szczepieniu zapomocą młotka, niż po szczepieniu zwykłym sposobem zapomocą nożyka. Przyczyną tego jest, że przestrzeń chłonąca jad ospowy jest większa i łatwiej ostępna, wskutek czego jad ten w większej ilości naraz do ustroju się dostaje. Sposób ten szczepienia oddaje bardzo dobre usługi, jeżeli chodzi o szybkie i pewne szczepienie dużej ilości osób: potrzeba tylko znaczniejszej ilości młotków, zanurzonych w naczyniu z wrzącą wodą. Po kolei zatem najpierw wywołujemy oparzenie, — pęcherz występuje bardzo szybko, — następnie w tymsamym porządku wykonujemy szczepienia.

Dodać należy, że ból spowodowany dotknięciem gorącego młotka nie jest przykrzejszy, niż niemiłe uczucie, jakiego się doznaje przy drapaniu skóry nożykiem.

Autor od 25-go listopada 1901 r. do 29-go marca 1902 r. wykonał 18 szczepień. Z tych jedno się nie powiodło (16-letni chłopiec, szczepiony przed trzema miesiącami z dobrym skutkiem): u dwóch osób wystąpiły tylko wybitne objawy ogólne; u 15 innych pojawiła się typowa osutka krowiankowa: z tych pięć było poprzednio szczepionych z wynikiem dodatnim; 10 pozostałych również szczepionych, lecz z wynikiem ujemnym. *Dr. T. Żeleński.*

Doc. Dr. Lezer. **O operacyi na zwoju Gassera na podstawie własnych 15 przypadków** i W. Türck: **Zestawienie dotychczas wykonanych operacyi zwoju Gassera.** (*Langenbecka Archiv* T. 65, 1902, Z. 4). Wyłuszczywszy w. 15 przypadkach (w klinice Bergmanna) zwój Gassera z powodu nerwobólu nerwu trójdzielnego zmienił Lezer nieco (zdaniem jego oczywiście na korzyść) pierwotną technikę operacyjną Krausego. Obecnie operuje w sposób następujący: Wycina on mały językowaty płat z okolicy skroniowej z podstawą u dołu. Przednie ramię cięcia rozpoczyna się tuż poza wyrostkiem czołowym kości licowej, biegnie w górę, zaginając się łukowato w tył, przyczem szczyt łuku przypada na linii, łączącej górny brzeg oczodołu z najwyższym punktem muszli usznej; poczem cięcie schodzi ku dołowi i kończy się na palec poprzeczny przed uchem. Następuje tymczasowe wypiłowanie łuku jarzmowego w granicach cięcia. Tak ograniczony płat skórno-mięśniowo-okostnowy, zawierający część łuku jarzmowego, oddziela się od kości wraz z przyczepem mięśnia skrzydlastego zewn., i ściągnąwszy ku dołowi odsłania się otwór ościsty i owalny. Odsłoniętą kość skroniową L. wydłutowuje, pomagając sobie kleszczami Lucra, i tak dochodzi aż do pobliża tętnicy oponowej średniej. Podwiązawszy ją podwójnie, przecina kleszczami kostnymi podstawę czaszki dalej, póki nie otworzy otworu owalnego. Podczas tego palcem ostrożnie odsuwa oponę twardą. Z otworu owalnego wyjmuje gałęź III n. trójdzielnego i przewiązuje ją grubą nitką. Po dokonaniu tego zabiegu przedstępnego usadawia operowanego, który dotychczas leżał poziomo. Przez to mózg się zapada do czaszki, zmniejszył bowiem swoją pojemność po odpłynięciu płynu mózgowo-rdzeniowego do kanału rdzeniowego. Równocześnie krwawienie żylne znakomicie się zmniejsza. Pociągając przy pośrednictwie nitki za III gałęź i preparując ostrożnie na tępo lub nożyczkami, wydostaje wreszcie zwój Gassera i wykręca go wedle wskazówek Krausego. L. zwraca uwagę na to, aby w czasie operacyi zbyt mocno nie uciskać mózgu szpatułką, — gdyż z tego powodu zdarzyć się mogą niemiłe powikłania. Dlatego też podał łopatkę specyalnie zagiętą kolisto i zastosowaną do krzywizny czaszki.

Jak z zestawienia Türcka wynika, leczono dotychczas 201 przypadków nerwobólu n. trójdzielnego przez wycięcie zwoju Gassera. Bezpośrednia śmiertelność 17% (zapad, zapalenie opon). Trwałych wyleczeń (u tych, którzy żyli po operacyi) 93·4% — reszta, t. j. 6·6% nawroty. Tu rozróżnić należy nawroty rzeczywiste od pozornych, gdyż o rzeczywistym nawrocie nie można mówić tam, gdzie przyczyna nerwobólu była ośrodkowa (np. nowotwory mózgu), lub polegała na histeryi, albo neurastenii. Są jednak i nawroty rzeczywiste, mianowicie w tych przypadkach, w których już bezpośrednio w operacyi można było wykazać na podstawie zupełnego wypadnięcia funkcyi tego zwoju, że go nie w całości wycięto. Z pozostawionych resztek następowało prawdopodobnie odrodzenie całego zwoju (Garre). Często krwawienie żylne przeszkadza w dokładnem oryentowaniu się i wyjęciu całego zwoju, a nawet w 10 przypadkach z tego właśnie powodu nie można było dokończyć operacyi; w kilku zaś innych przypadkach operacyę na razie przerwano, ranę wytampowano i dokończono na drugi dzień. Po operacyi zdarzały się różne powikłania: porażenia, afazya — prawdopodobnie skutkiem mocnego uciśnienia mózgu szpatułką, sprawy zapalne oka, które niekiedy były przyczyną całkowitego zropienia gałki ocznej i t. d. Do najłagodniejszych należy zaliczyć obumarcie płatu. Niektóre z tych powikłań znikały potem bez śladu. *Herman.*

Tóvölgi. **O leczeniu gruźlicy krtani z uwzględnieniem nowszych środków leczniczych.** (*Therapie der Gegenwart* 1902, Nr. 11). Wdmuchiwania proszków używa się dziś tylko jeszcze u chorych znacznie podupadłych, gdzie obrzęki, wrzody i nacieki zajmują już prawie całą krtań. Zresztą wdmuchiwania nie mają żadnej wartości i byłoby wprost błędnem leczyć początki gruźlicy krtani wdmuchiwaniem proszków, przez co trwoni się tylko czas, potrzebny do skutecznego leczenia. Wdmuchiwania mogą być tylko stosowane w międzyczasie energiczniejszych zabiegów i w pierwszym rzędzie nadaje się do tego ortoform dla swego działania znieczulającego przy bolesnem łykaniu (*dysphagia*): przewyższa on pod tym względem kokainę, gdyż znieczulenie trwa dłużej i wrzody się oczyszczają.

Pędzlowania 2—10% formaliną nie odniosły w praktyce autora prawie żadnych skutków pomyślnych; taksamo pędzlowania ortoformem (25: 150 oliwy), które uśmierzają tylko bóle podczas łykania i ułatwiają w ten sposób przyjmowanie pokarmów, 20% roztwór paramonochlorfenolu w glicerynie nie wstrzymuje według doświadczeń autora postępu sprawy gruźliczej i nie wywiera wogóle wpływu leczniczego, taksamo monochlorfenol w glicerynie, jakoteż pędzlowania balsamem peruwiańskim z kolodyonem. Natomiast bardzo skutecznemi okazały się pędzlowania, stosowane co drugi dzień, roztworem z „phenolum-natrio-sulforicinicum“, czyli »phenolum sulforicinicum“, które nad kwasem mlekowym posiada tę wyższość, że poprzedzające znieczulenie jest zbyteczne. Przewyższa ono kwas mlekowy w działaniu na bóle przy łykaniu, chrypkę i kaszel, lecz nie dorównywa mu zupełnie wobec leczenia wrzodów gruźliczych. Mentol w 20% roztworze z oliwą również nie dorównywa kwasowi mlekowemu i „phenolum sulforicinicum“. Poleconą przez niektórych w leczeniu gruźlicy krtani elektrolizę słusznie uważa Schrötter za szkodliwą zabawkę; co do wyników zaś galwanokaustyki i skrobania (*curettement*) zdania są podzielone.

W końcu przychodzi autor do wniosku, że należy zawsze z samego początku chwycić się środków energicznych i odrazu przejść do pędzlowania silnymi roztworami środków skutecznych, tj. kwasu mlekowego, którego roztworu należy pierwsze 2—3 razy używać w sile 30—35% i natychmiast przejść do roztworów 75—80% i „phenoli-natrio sulforicinici“, mentolu, których odrazu można używać w roztworze 30—50%. Natomiast zaleca autor częstą odmianę używanych środków i radzi każdego z nich używać tylko tak długo, dopóki się widzi wyraźne polepszenie, poczem natychmiast należy przejść do innego przetworu skutecznego itd. Najkorzystniejszem wydało się autorowi przemienne stosowanie kwasu mlekowego, „phenoli sulforicinici“, ortoformu w oliwie i ewentualnie z mentolem. W przypadkach rozlanych nacieków, spraw okołochrząstkowych i w silnych zapaleniach należy rozpocząć leczenie „phenolum sulforicinicum“ i dokończyć kwasem mlekowym, podczas gdy w bolesnem łykaniu pierwszeństwo przypada ortoformowi w oliwie. Można także leczyć kwasem mlekowym, potem przez jakiś czas innym środkiem i znowu wrócić do kwasu mlekowego itd. Lecz i ta kombinowana metoda nie prowadzi często do zupełnego wyleczenia i dochodzimy do okresu, w którym żaden lek nie pomaga; wtedy na jakiś czas wypada wogóle zaprzestać leczenia; a jeśli ten okres przypada na lato, wysłać chorego na świeże powietrze. Na wyjazd do Kairu, Madeiry lub Torquay (na wyspie Tasmanii) w miesiącach zimowych nie każdego stać. *Dr. J. Fels.*

Dr. Rittershain. **Osutki surowicze spostrzegane w ostatnich czterech latach.** (*Jahrbuch für Kinderheilkunde* 55, 1902). W ostatnich czterech latach leczono w klinice Prof. Ganghofnera 1224 przypadków błonicy zapomocą surowicy i spostrzegano w 6,45% przypadków wystąpienie osutki. Osutki posurowicze

podzielić należy na miejscowe, występujące w miejscu wstrzyknięcia i na ogólne. Osutki miejscowe spostrzegane były prawie w $^1/_4$ części przypadków; większego znaczenia nie mają, gdyż charakter ich jest czysto miejscowy. Osutki ogólne dadzą się podzielić w myśl obrazu Hartunga na 1. osutki pokrzywkowe, 2. rumieńcowe, 3. płonicowate, 4. plamiste, zbliżone do osutki odrowej lub różyczkowej, 5. wielokształtne, mogące przybierać kształty okrągłe, girlandowe, koliste i t. d. W przypadkach osutki płonicowatej radzi autor ze względów zapobiegawczych, jeżeli zakażenia mięszanego płonicy z błonicą stanowczo wykluczyć nie można, uważać za płonicę z przebiegiem nieprawidłowym i leczyć odpowiednio.

*Dr. Bolesław Komorowski.*

Blumreich. **Dalszy przyczynek do nauki o drgawkach porodowych.** *(Arch. f. Gynäk.* tom 66, zeszyt II). Badania doświadczalne nad wrażliwością ośrodków ruchowych kory mózgowej u zwierząt ciężarnych i nieciężarnych wykazały, że istotnie mózg zwierząt ciężarnych okazuje znacznie wzmożoną pobudliwość (ref.: „Przegl. lek." Nr. 16, 1902). Autor przeprowadził następnie szereg dalszych doświadczeń, aby się przekonać, czy mózg zwierząt ciężarnych okazuje wzmożoną pobudliwość wobec wszystkich czynników drażniących, czy też ciąża zmienia pobudliwość mózgu swoiście, to znaczy podnosi ją względem pewnych tylko bodźców. Doświadczenia swoje robił autor w ten sposób, że wyjmował ciężarnym i nieciężarnym samicom króliczym obie nerki, aby się przekonać o wpływie wszystkich składników moczu — w ten sposób zatrzymanych w ustroju — na mózg tych zwierząt. Pokazało się, że drgawki występowały u zwierząt ciężarnych przeciętnie po 65, u nieciężarnych po 70 godzinach, czyli że wpływ wszystkich składników moczu był mniejwięcej tensam u wszystkich zwierząt. Na podstawie tych badań twierdzi B., że mózg zwierząt ciężarnych (i kobiet) okazuje wzmożoną pobudliwość, ale tylko względem pewnych bodźców, wywołujących drgawki; względem innych zaś, — a do tych należy suma wszystkich składników, znajdujących się w moczu — zachowuje się tak, jak mózg zwierząt nieciężarnych. Doświadczenia te przemawiają również przeciw teoryi, dopatrującej przyczyny drgawek porodowych tylko w mocznicy — tembardziej, że — jak wykazały badania anatomiczne, w mocznicy nie spotykamy nigdy owych charakterystycznych zmian w wątrobie, na które Schmorl zwrócił uwagę.

*Dr. E. Ehrenpreis.*

Hitschmann i Lindenthal. **Znaczenie próby płucnej przy obecności drobnoustrojów w jamie macicy.** *(Arch. f. Gynäk.* 1902, Tom 66, Zeszyt II). Dotychczas przy dodatnim wyniku próby płucnej lekarz sądowy orzekał zawsze, że noworodek oddechał powietrzem atm., szczególnie jeżeli nie było śladów gnicia. H. i L. przekonali się, że zachodzi możliwość dodatniego wyniku próby płucnej, wzgl. żołądkowo-jelitowej w przypadkach, w których noworodek z pewnością nie oddechał, ani też gnicia wykazać nie można. Krönig i Menge zwrócili uwagę na obecność pewnych „anaërobów" w pochwie. Jeżeli one dostają się do jamy macicy, a dzieje się to głównie w przypadkach przeciągających się porodów, powikłanych z przedwczesnem pęknięciem pęcherza płodowego, wytwarzają gaz, skutkiem czego przychodzi do objawów „tympania uteri". W tych przypadkach życie płodu jest zwykle zagrożone tembardziej, że zbyt częste i długotrwałe w takich stanach — skurcze macicy upośledzają znacznie dowóz tlenu do płodu. Ten głód tlenowy może wywołać u płodu jeszcze w macicy — przedwczesne ruchy oddechowe i połykowe, przyczem do płuc i żołądka dostają się wody płodowe, zawierające te „anaëroby". Jeżeli płód teraz obumrze w macicy i urodzi się, — nie może być mowy o oddechaniu powietrzem — a próba płucna i żołądkowa, robiona w kilka godzin potem, wypada dodatnio — zjawisko to należy tłomaczyć w ten sposób, że przez ten czas „anaëroby" rozmnożyły się i wytworzyły gaz, — podobnie jak stały się przyczyną wytworzenia „tympania uteri". Badania mikroskopowe wykazują w tych przypadkach zawsze obecność tych „anaërobów" (pałeczki ze zgrubiałymi końcami) tak w wodach i na błonach płodowych, jak w płucach i w żołądku płodu. Na dowód tego przytaczają H. i L. między innymi przypadek, gdzie płód w położeniu pośladkowem obumarł w macicy, najdokładniejsze badanie nie wykazało „tympania uteri", płód świeżo obumarły urodził się, a próba płucna wypadła dodatnio. Badanie mikroskopowe również i tu wykazało „anaëroby". Należy więc w każdym przypadku badać mikroskopowo, bacząc na to, jak ważne znaczenie mają w tych przypadkach orzeczenia lekarskie.

*Dr. E. Ehrenpreis.*

J. Da-Costa. **Kliniczne znaczenie badania krwi w zapaleniu wyrostka robaczkowatego.** *(Americ. Journal of the Med. Sciences* XI, 1901 — *Philad. Med. Journal*, 4-go stycznia, 1902 r.). Autor badał krew w 118 przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowatego. Wszyscy chorzy byli operowani, przyczem w 38 przypadkach nie było ropy, a w 80 znaleziono ją jednocześnie ze zmianami zapalnemi, lub bez tych zmian. Niedokrwistość w mniejszym lub większym stopniu została stwierdzoną we wszystkich prawie przypadkach. Ilość hemoglobiny była znacznie obniżona, dochodząc u dziesiątej części chorych do 50%, i spadając do 40% i niżej prawie w 2,5% wszystkich przypadków. Liczba czerwonych krwinek była zwykle zmniejszona nieznacznie, — nieproporcyonalnie do hemoglobiny. W nieżytowych i międzymiąższowych postaciach zapalenia wyrostka robaczkowego liczba ciałek białych nie była zwiększona, chociaż w wyjątkowych razach do 12.000—15.000 w 1 cent. sześc. Tam jednak, gdzie powstał ropień, zgorzel lub ogólne zapalenie otrzewnej, liczba ciałek białych wynosiła zwykle od 15.000 do 20.000. Stopień leukocytozy jest ważną oznaką rozpoznawczą w związku z innymi objawami klinicznymi. Jeżeli liczba ciałek białych przewyższa 20.000 w 1 c. sz., — wskazuje to na obecność ropy. Natomiast, jako oznaka znacznego zakażenia w przypadkach łagodnych, leukocytoza jest bez znaczenia. C. miewał przypadki z zejściem śmiertelnem bez widocznego powiększenia ilości ciałek białych.

*St. Rudzki.*

Schabad (Petersburg). **Błonica i prątek błonicy w przebiegu płonicy.** *(Archiv für Kinderheilkunde* 1902, T. XXXIV, Zeszyt III i IV). Badając o ile w przebiegu płonicy znajduje się w gardle prątek błonicy, zauważył autor, że prątek ten pojawia się już w drugim lub trzecim dniu płonicy, — *(diphteria cum scarlatina)*, albo z końcem pierwszego i z początkiem drugiego tygodnia tak, iż płonica przechodzi w błonicę — *(diphteria apud scarlatinam)*, albo błonica występuje w rekonwalescencyi po płonicy — *(diphteria post scarlatinam)*. Dokładne badania bakteryologiczne skłaniają autora do następujących wniosków: 1) Powikłanie płonicy z błonicą spostrzega się u wyzdrowieńców po płonicy, na szczycie choroby i w początku płonicy. 2) Dla rozpoznania kombinacyi płonicy z błonicą w początku choroby konieczną jest obecność objawów klinicznych błonicy i obecność prątków błoniczych. 3) Podczas gdy prątki błonicze, otrzymane z błonicy u rekonwalescentów po płonicy, lub też z błonicy, która się pojawiła podczas okresu szczytowego płonicy, są prawidłowej jadowitości dla morskich świnek, to przy kombinacyi płonicy z błonicą w początku choroby są one mało lub wcale nie trujące dla świnek morskich. Ta ostatnia okoliczność nie wyklucza jednak, że prątki te biorą udział w kombinacyi płonicy z błonicą. 4) W początku płonicy znajduje się niekiedy prątki błonicze bez obecności klinicznych objawów błoniczego zapalenia gardła. W tych przypadkach prawdopodobnie prątki błonicze odgrywają rolę pasorzytów, nie biorą jednak udziału w procesie patologicznym. 5) Ażeby zapobiedz szerzeniu się błonicy między chorymi, dotkniętymi płonicą, a umieszczonymi w szpitalu, należy odosobnić nowo przybyłych chorych płoniczych, u których w gardle znajdują się prątki błonicze. W tym celu należy u wszystkich chorych płoniczych, zgłaszających się do przyjęcia w szpitalu, badać bakteryologicznie wydzielinę błony śluzowej gardła. 6) We wszystkich przypadkach kombinacyi błonicy z płonicą, albo przyłączania się błonicy do płonicy, należy stosować surowicę przeciwbłoniczą.

*Dr. Jan Landau.*

## VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

**Euchinina w praktyce dziecięcej.** *(Revue des mal. de l'enf.* 1902, lipiec). Wiadomo każdemu lekarzowi praktycznemu, jakie trudności napotyka u dzieci stosowanie chininy. Proszku lub pigułki dziecko połknąć nie potrafi; środków mających smak chininy ukryć zwykle nie udaje się, a usiłowania najczęściej kończą się wymiotami. Stosując lewatywy i czopki nigdy nie możemy dokładnie oznaczyć ilości chininy wessanej przez jelita; nadto te ostatnie niekiedy źle znoszą lekarstwo i wydalają je przed wystąpieniem działania leczniczego. Jeszcze bardziej wątpliwe w skutkach jest nacieranie maściami, zawierającemi chininę; ostatni wreszcie sposób, t. j. wstrzykiwania podskórne mają tę niedogodność, że wymagają nazbyt częstej obecności lekarza, są bolesne i nieraz, zwłaszcza u dzieci licho odżywionych stają się punktem wyjścia dla ropni i rozległych zakażeń skórnych.

Dla wszystkich tych powodów Rocar próbował zastąpić chininę w praktyce dziecięcej nową solą chininy, t. zw. euchininą, odznaczającą się brakiem prawie zupełnym przykrego smaku. Euchinina przedstawia się w postaci białych igiełek, topi się w 95°, rozpuszcza się w wodzie trudno, łatwo w eterze, alkoholu i chloroformie. Lek ten możemy podawać dzieciom z łatwością przez usta, najlepiej jako zawiesinę w osłodzonej wodzie; oprócz tego posiada euchinina tę niezmiernie cenną zaletę, że nie działa drażniąco na przewód pokarmowy i nigdy po niej nie występują wymioty. Chcąc

oznaczyć łatwość wessania euchininy, przedsięwziął Rocar dokładne badania moczu, które wykazały, że już po upływie godziny rozpoczyna się wydalanie leku z ustroju, a dosięga swego *maximum* w 7 godzin po przyjęciu.

Wskazania w podawaniu euchininy są te same, co dla chininy; przeciwwskazania są mniej rozległe wskutek tego, że przewód pokarmowy, jak powiedzieliśmy, lepiej znosi euchininę, niż chininę. Dawka winna być $1^1/_2$ do 2 razy wyższą od dawki chininy; Rocar radzi następujące dawki:

| | | |
|---|---|---|
| od 0 do 1 roku | 0·10—0·15 | dziennie |
| od 1 do 2 lat | 0·20—0·30 | " |
| od 2 do 4 " | 0·30—0·60 | " |
| od 3 do 6 " | 0·40—0·80 | " |
| od 6 do 10 " | 0·60—1·00 | " |

Stosując euchininę w tych dawkach, możemy być pewni jej skuteczności, braku ubocznych niepożądanych objawów, i możemy z korzyścią zastąpić nią w praktyce dziecięcej sole chininy dotychczas używane. *Dr. T. Żeleński.*

## VII. Ginekologia Galena.

Studyum ginekologiczno-historyczne.

Napisał

**Dr. Jan Lachs.**

(Dokończenie).

Siedziba duszy według Galena jest przedni płat mózgowy. W ogóle fizyologia i anatomia mózgu, rdzenia i nerwów najwięcej dawała mu do myślenia i najczęściej go pobudzała do doświadczeń. Przecinając pojedyncze nerwy mózgowe i rdzeń badał ich znaczenie dla fizyologii zwierząt i tłómaczył sobie różne stany patologiczne.

Jeżeli w anatomii i fizyologii Galena jesteśmy w stanie zaznaczyć wybitny postęp, a o tej ostatniej możemy nawet powiedzieć, że Galen ją jako naukę stworzył, to z góry już możemy oświadczyć, że w patologii jego doznamy znacznego rozczarowania. W tej bowiem nauce przenosi nas Galen do pojęć zamkniętego w ciasne ramy dogmatyzmu Hipokratesa, a więc do dawnej patologii humoralnej.

Przez chorobę rozumie on stan przeciwny zdrowiu, który pociąga za sobą zmianę w budowie cząstek, będącą przyczyną zmienionej ich czynności „sumendum profecto etiam hic concessum principium, universos homines tum se sanitate frui sibi persuadere, quum partium corporis functiones vitae actionibus inservientes illaesas sortiuntur, laesa vero ex ipsis aliqua, se illius functionis ministra parte aegratare augurari.“ (De morborum differentiis liber. cap. II. Kühn VI). Przyczyną tych zmian są cztery zasadnicze soki, a mianowicie inny między sobą ich stosunek, aniżeli zazwyczaj. Zależnie od przewagi jednego lub drugiego z soków powstaje skaza krwi (dyskrazya) gorąca lub zimna, sucha lub wilgotna. Rzadko kiedy występują jednak te stany w tak czystej formie. Zazwyczaj bywają one mięszane, n. p. ciepłowilgotne i t. d. Ze względu na części zajęte rozróżnia Galen stany patologiczne: 1) soków, 2) pojedynczych części w ścisłem słowa tego znaczeniu i 3) choroby narządów. Jeżeli Galen co do podziału i przyczyn chorób pod wielu względami zgadzał się z Hipokratesem, to i w nauce o przebiegu chorób zachodzi między nimi wiele punktów stycznych. Dawną naukę o gotowaniu się chorób przyjmuje w zasadzie, ale modyfikuje naukę o ich przełomie, jako nie dającą się zastosować do wszystkich stanów patologicznych. W samym przebiegu zasłabnięcia rozróżnia on cztery okresy, mianowicie: 1) początek, 2) rozwijanie się choroby, 3) jej szczyt i 4) zmniejszanie się nasilenia. Obok pojęcia przełomu *(crisis)* stwarza okres ubywania choroby *(lysis)*.

Od lekarza żądał przy łożu chorego postulatów empirycznych, t. j. zmysłu spostrzegawczego i doświadczenia, a w pierwszym względzie, zgodnie z metodykami, uwzględnienia czynnika etyologicznego. Temu ostatniemu pozostał szczególniej wierny i w terapii, w której na wzór metodyków przestrzegał zasady „contraria contrariis“. Lecznictwo zaś, które się już w szkole metodycznej wielkimi względami cieszyło, rozszerzył znacznie, nadając mu daleko obszerniejszy zakres i wprowadzając w nie dużo nowych środków, z których niejeden wcale nie przynosi medycynie zaszczytu. Do tego jednak doprowadziła Galena wielka jego wiara w leki i dążenie do uwzględniania życzeń tłumu, o którym mawiał „populus remedia cupit“. Wierny nauce o temperamentach i ich zmianach w różnych stanach patologicznych, przeprowadził ją konsekwentnie i w terapii. W tym celu starał się przy pomocy metody przez siebie podanej oznaczyć temperament różnych leków w różnych ich formach, a uczyniwszy to, stosował je na zasadzie „contraria contrariis.“ A leków tych był legion. Pomimo jednak tej teoryi nie zapomniał o zasadach Hipokratesa. Pozostawiał więc naturze znaczny zakres działania w leczeniu, zachowując się wyczekująco; starał się zaprowadzić dobre warunki higieniczne i unormować dyetę chorego, uważając pod tym względem za pierwowzór Asklepiadesa. Nie mogąc zaś na tej drodze dojść do wyniku pożądanego, stosował dopiero cały zbiór swoich leków, z których był tak dumny, jak to wnosić możemy z wyżej przytoczonych słów z dziewiątej księgi jego „Sposobów leczenia“. Obok tych leków domagał się jednakowoż od lekarza odpowiedniego zachowania się przy łożu chorego, obiecując sobie i z tego dobre wyniki, a więc przypisywał ważną rolę i psychoterapii.

Po tych kilku uwagach, odnoszących się do osoby samego Galena i do jego działalności jako lekarza, przyglądnijmy się temu, co zrobił dla ginekologii. Nauka nasza dziwne i bardzo zmienne przechodziła losy. Hipokrates gorąco się nią zajmował i pozostawił prace, które nie tylko historyczne, ale także i praktyczne dla położnictwa miały znaczenie. Po nim pewne ślady istnienia tej dyscypliny medycyny możemy dopatrzeć dopiero za czasów szkoły aleksandyjskiej. I nic dziwnego! Szkoła ta uprawiała anatomię, a znajomość anatomii, to przecież niezbędny warunek dla wiedzy ginekologicznej. Od czasów szkoły aleksandryjskiej ginekologia wegetowała, zaznaczając tylko swoje istnienie słabymi blaskami za Celsusa, a dopiero Soranus[3]) ją podźwignął z upadku, pisząc swój podręcznik „O chorobach kobiecych“, a raczej katechizm dla położnych. Jest to objaw charakterystyczny, że nauka, która ma bądź co bądź znaczny już stopień rozwoju, nie posiada jeszcze podręcznika dla lekarzy, a Soranus zużywa mimo to swoje siły na napisanie podręcznika dla położnych. I nie mogło być inaczej. Dział medycyny, w którym lekarze zawodniczyli z położnymi, musiał z natury rzeczy z czasem w całości wpaść w ręce tych ostatnich; lekarze opuścili zapewne dosyć wcześnie pole walki. Z przesądem walczyć było trudno; niesumienne położne używały i wyzyskiwały go i on rozstrzygnął o ich zwycięztwie. Lekarzy wzywano tylko do porodów ciężkich; oni mieli poprawiać to, co niesumienne położne zepsuły i przyjmować na siebie odpowiedzialność za wynik leczenia.

Naturalnie, że wobec takich warunków nie mieli lekarze odpowiedniego pola do popisu; chęć do pracy praktycznej i teoretycznej ich opuszczała i oczywiście nie mogła być wytwórcza. Tym stanem rzeczy tłómaczyć sobie możemy, że jakkolwiek nauka położnictwa jest najdawniejszą ze wszystkich, to przecież piśmiennictwo najdawniejszych wieków jest stosunkowo bardzo ubogie, a samo położnictwo późno dopiero zajęło należne mu stanowisko między innemi dyscyplinami medycyny i późno zaczęło przyciągać do siebie lekarzy.

Za czasów Galena nie odmieniły się wcale stosunki: położne ciągle jeszcze prym dzierżyły, a on sam nie zajmował się wykonawstwem praktyki ginekologicznej i to tak dalece, że jeżeli mu zależało na dowodzie naukowym w tej gałęzi medycyny, to musiał się jedynie na to powoływać,

[3]) Sorani gynaeciorum (περὶ γυναικείων παθῶν) ed. Valentinus Rose MDCCCLXXXII.

„co powiadają“ jak n p. w kwestyi rozwierania się ujścia macicznego. „ac primum quidem sic. ut parvum digitum in id demittas, h i s c e r e  d i c u n t. postea vero etiam magis“. (de naturalibus facultatibus lib III. cap III.)

Opierając się na tem. co G a l e n opowiada o położnych, musimy uwierzyć, że na ich orzeczeniu polegano nawet wtedy, gdy się rzecz ważyła o przyszłe szczęście dwojga osób mających wejść z sobą w stosunki małżeńskie i że one wtedy badały nie tylko płeć piękną, lecz także i mężczyzn, by rzec, czy mające się zawrzeć małżeństwo będzie płodnem. czy też nie (in aph. Hippocr. com. quint.). Naturalnie. że wobec tego nie możemy oczekiwać od niego żadnych praktycznych zdobyczy ginekologiczno-położniczych. a tych kilka uwag, które nam pozostawił, nie popchnęły tej gałęzi medycyny wcale naprzód. Jako anatom zaś i w dodatku badający anatomię zwierząt, nie wzbogacił i tego działu ginekologii; owszem, uwagami swojemi z zakresu anatomii części rodnych niszczy częstokroć wieloletnie poprzednie zdobycze tak, że K l e i n w ä c h t e r czuje się w obec tego upoważnionym do wypowiedzenia sądu, że gdyby notatki ginekologiczne G a l e n a należały do innego autora, nie wspominanoby nawet o nich. Jeżeli trudno się zgodzić na sąd tak surowy, to przecież przyznać musimy, że w znacznej części zawinił tu jego teleologiczny pogląd na zjawiska przyrodnicze, który podkopał jego własny gmach Jednakowoż autor tej miary, co G a l e n, którego prace dzisiaj tak ważne historyczne mają znaczenie, zasługuje chociażby nawet i z tego jedynie względu na to, by jego prace zostały ocenione.

Z tego, cośmy dotychczas o ginekologicznej działalności G a l e n a powiedzieli, wynika, że i literacka jego na tem polu spuścizna nie jest zbyt wielką W pierwszym rzędzie będą nas zajmowały następujące prace:

1) De uteri dissectione (περὶ μήτρας ἀνατομῆς) Kühn II. 2) De semine (περὶ σπέρματος) K. IV. 3) De foetus formatione (περὶ κυουμένων λαπλάσεως.) K IV. 4) De usu partium (περὶ χρείας τῶν ἐν ἀνθρώπου σώματι μορίων λόγοι.) K. IV. 5) De naturalibus facultatibus (περὶ δυνάμενων φυσικῶν) K. III 6) De septimestri partu. Galeni pergameni operum epitome Andreae Lacunae Argentorati MDCIV. 7) Galeni in Hippocratis de morbis vulgaribus commentarii. Venetiis apud Vincentium Valgrisium MDLXII. 8) Galeni in aphorismos Hippocratis commentarii septem (ibid ).

Naturalnie. że nie możemy u pisarza tej miary, co G a l e n, tak płodnego i tak często powołującego się na inne swoje prace, lub powtarzającego się tak chętnie. wybrać dowolnie kilku prac. któreby nas tu najbardziej zająć mogły, lecz musimy te i inne często uwzględniać.

## VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

### Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

**Program kursów dla lekarzy**

które odbędą się od 6 do 25 października 1902 r. we Lwowie.

Zapisywać się należy między 1. a 4. października w kwesturze Uniwersytetu. Godziny wykładowe w przeważnej części wykładów będą oznaczone później w porozumieniu z uczestnikami. Liczba uczestników dla niektórych wykładów ograniczona. Bliższych wiadomości udziela Prof. dr. W ł a d y s ł a w  S z y m o n o w i c z we Lwowie ul. Pańska, l. 4.

1. Prof. dr. H. K a d y i: Mechanika stawów. Trzy godziny tygodniowo. Czesne 10 koron.

2. Prof. dr. W. N i e m i ł o w i c z: Rozbiór moczu. W całości 8 godzin. Czesne 10 koron.

3. Prof. dr. S. B ą d z y ń s k i: Chemia przemiany materyi, żywienia i środków spożywczych (wspólnie z drem P a n k i e m) Pięć godzin tygodniowo. Czesne 15 koron.

4. Prof. dr. A. G l u z i ń s k i: Dyagnostyka chorób wewnętrznych z uwzględnieniem najnowszych metod klinicznego badania (badania kliniczne krwi, plwociny, treści żołądkowej, kału, moczu etc.) w połączeniu z wykładem o nowych zabiegach leczniczych, przy współudziale Docentów Drów M a r i s c h l e r a i R e n c k i e g o i asystentów kliniki Drów E l j a s z a  R a d z i k o w s k i e g o i K i k i n g e r a Dziesięć godzin tygodniowo, 6 do 18 października. Czesne 20 koron.

5. Prof. dr. J. P r u s: Dyagnostyka chorób nerwowych i umysłowych. Sześć godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

6. Doc. dr. P. K u č e r a: Bakteryologia lekarska. Sześć godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

7. Prof. dr. L. R y d y g i e r: *a)* Badanie i leczenie następowe chorób chirurgicznych z uwzględnieniem praktyki prywatnej od 10—12 godzin, z wyjątkiem soboty. Dziesięć godzin tygodniowo. Czesne 25 koron.

*b)* Kurs operacyjny odpowiednio do materyału od 5—7 godzin. Czesne 50 koron.

8. Prof. dr. W. W e h r: Zasady antyseptyki i aseptyki (teorya i praktyka) 2 razy na tydzień w środę i sobotę, od 6—8 godzin wieczorem. Cztery godziny tygodniowo. Czesne 24 koron.

9. Prof. dr. E. M a c h e k: Rozpoznawanie i leczenie chorób ocznych wraz z ćwiczeniami w wziernikowaniu (przy współudziale Doc. dra S z u l i s ł a w s k i e g o i asystentów klinicznych). Trzy razy tygodniowo od 10—12 godzin. Czesne 18 koron.

10. Prof. dr. A. M a r s: O postępie ginekologii w ostatniem dziesięcioleciu. Pięć godzin tygodniowo. Czesne 15 koron.

11. Prof. dr. W. Ł u k a s i e w i c z: Dyagnostyka i terapia chorób skórnych i wenerycznych. Sześć godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

12. 13, 14. Prof. dr. W. S z y m o n o w i c z wspólnie z Drem L. G l u z i ń s k i m i Drem Z. S p a l k e m: Kurs praktyczny o chorobach uszu, nosa, gardła i krtani.

*a)* Dr. L. G l u z i ń s k i: Kurs praktyczny o chorobach krtani. Sześć godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

*b)* Dr. Z. S p a l k e: Kurs praktyczny o chorobach nosa i gardła. Sześć godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

*c)* Prof. dr. W. S z y m o n o w i c z: Kurs praktyczny o chorobach uszu. Sześć godzin tygodniowo. Czesne 20 koron.

15. Prof. dr. W. S i e r a d z k i: Ćwiczenia w badaniach i orzeczeniach sądowo lekarskich. Dwa razy tygodniowo po $1^1/_2$ godziny. Trzy godziny tygodniowo. Czesne 10 koron.

16. Doc. dr. A. G o ń k a: Ćwiczenia w wyjmowaniu zębów i ich plombowaniu plastycznymi materyałami. Pięć godzin tygodniowo. Czesne 25 koron.

## IX. Wiadomości bieżące.

*Kraków, dnia 14 sierpnia.*

* Z powodu panującej cholery w Egipcie. oraz moru, który stwierdzono w Aleksandryi i Odesie, austryackie ministeryum spraw wewnętrznych rozesłało okólnik do wszystkich politycznych władz krajowych, w szczególności w Tryeście i Zarze, zalecając najsurowiej możebnie ścisłe wykonywanie dawniej już wydanych rozporządzeń, sanitarno-policyjnych. Do najważniejszych zadań władzy w razie pojawienia się wspomnianych chorób okólnik zalicza: odosobnianie natychmiastowe chorych. pielęgnowanie ich i przewożenie w odosobnieniu; wielką wagę przywiązuje ministeryum do natychmiastowego donoszenia o każdym przypadku cholery i moru, a nawet o samem podejrzeniu tych chorób. Lekarzom urzędowym ministeryum zaleca obeznanie się z instrukcyą swego działania wobec moru i cholery, w szczególności z II-gim rozdziałem międzynarodowej konwencyi sanitarnej drezdeńskiej, oraz weneckiej. Okólnik kładzie nacisk na potrzeby ścisłego badania mikroskopowego, w celu jak najszybszego ustalenia rozpoznania.

Tyle okólnik Nawiązując do wezwania dotyczącego »potrzeby ścisłego badania, mikroskopowego«. wyznać należy, że pozostanie ono pustym dźwiękiem, jeśli nasze władze polityczne i autonomiczne nie wezmą inicyatywy w urządzeniu kursów specyalnych bakteryologii chorób zakaźnych dla lekarzy, piastujących posady publiczne. Sposoby badania zarazków ciągle się ulepszają: kto przed 10 laty skończył medycynę i pozostał przez ten czas w oddaleniu od ognisk nauki, temu dzisiejsze sposoby badania nie są znane i dziwić się nie należy, jeśli pierwszych przypadków zarazy nie rozpozna i nie zapobieży wcześnie rozszerzeniu się epidemii

* W Warszawie wyszło dzieło G u e n t h e r a p. t. »Wstęp do nauki bakteryologii ze szczególnem uwzględnieniem techniki mikroskopowej — dla lekarzy i studentów«. Przełożył na język polski Dr. Ż u r a k o w s k i Skład główny w księgarni Wendego. Cena 2 ruble.

* Światowy Kongres przeciwgruźliczy ma się odbyć podczas zamierzonej Wystawy powszechnej w St. Louis w r. 1904.

* Powszechnie u nas mówi się o dobrobycie lekarzy w Rosyi:

w Nr. 30 »Russkiego Wracza« (kronika) czytamy zestawienie posad wolnych, ogłoszonych przez Departament lekarski, mianowicie: 2 posad lekarzy miejskich po 25 rubli miesięcznie; 10 takichże miejsc po 16 rubli 66 kopijek miesięcznie; wreszcie 3 posady lekarzy miejskich po 8 rubli 33 kopijek miesięcznie.

Liczby przytoczone nie dadzą się pogodzić z pojęciem i wymaganiami dobrobytu. Godzi się przy tej sposobności przypomnieć twierdzenie znakomitego psychiatry kijowskiego, prof. Sikorskiego, że wysoki odsetek samobójstw lekarzy w Rosyi ma źródło właśnie w ich niedostatku i zawiedzionych nadziejach niepodległego bytu.

* Stan majątkowy lekarzy niemieckich nie jest również kwitnący: według ostatnich wykazów praktykuje w Niemczech obecnie 28,174 lekarzy, o 880 więcej, niż w roku zeszłym; 62% ogółu lekarzy niemieckich ma dochód roczny poniżej 3000 marek. Przeciętnie umiera rocznie 500, a kończy medycynę 1350.

* Pomnik prof. Pasteura został odsłonięty w Paryżu z wielką uroczystością d. 3 b. m.

* Według dzienników prof. Leube z Würzburga ma najwięcej widoków na objęcie katedry, opróżnionej przez śmierć prof. Gerhardta.

* Wydział lekarski moskiewskiego uniwersytetu ograniczył do 2% przyjęcie na medycynę kandydatów izraelickiego wyznania.

* Między 23 a 29 lipca doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w następujących powiatach Galicyi: bohorodczańskim (1 gm.), horodeńskim (4 gm.), jaworowskim (2 gm.), mościskim (1 gm.), myślenickim (1 gm.), podhajeckim (1 gm.), skałackim (1 gm.), wadowickim (1 gm.), złoczowskim (1 gm.).

Wszystkich przypadków duru osutkowego w tygodniu sprawozdawczym było 40, w tygodniu poprzedzającym 44.

* Sprawozdanie biura statystycznego m. Krakowa. Tydzień XXX (20—26—VII). Ludność średnia roczna wynosi 94,057. W tygodniu sprawozdawczym zawarto małżeństw 16, urodziło się dzieci 46, zmarło osób 60, mianowicie: z gruźlicy 18 (6 zamiejscowych), z zapalenia płuc 4, z płonicy 6 (2 zam.), z duru brzusznego 1 (zam.), z cholery dzieci 4.

**Mianowania i odznaczenia.** Dr. Tricomi mian. został profesorem i kierownikiem kliniki chirurg. w Bolonii. Profesorami zwyczajnymi mianowani w Neapolu: Massei (laryngologia) i Cozzolino (otologia). Dyrektorem Instytutu medycyny doświadczalnej w Petersburgu mian. został prof. Winogradzki. Profesorem szczegółowej patologii i terapii w uniwersytecie odeskim mian. został prof. nadzw. Dr. Bogdanow; profesorem zaś położnictwa, ginekologii i pediatryi Dr. Massen. Prof. nadzw. fizyologii w Odesie, Dr. Miedwiediew, mianow. prof. zwyczajnym W Kopenhadze mianowani profesorami: Jacobson (choroby nerwów) i Rasch (dermatologia i choroby weneryczne).

**Nekrologia.** Dr. Reisz, prof. terapii w Kopenhadze, zmarł w 73 roku życia. Dr. Wacław Gilus zmarł w Otwocku d. 27 z. m. Dr. Reineboth, prof. wewnętrznej medycyny w Halli, zmarł w 35 r. życia.

**Bibliografia:**

— *Medycyna* Nr. 32. Fryszman: O mięsaku gruczołu krokowego. Grosglik i Weissberg: Ostre zapalenie nerwu wzrokowego, jako jeden z pierwszych objawów przymiotu wtórnego

— *Gazeta lekarska* Nr. 32. L. Nencki i Wesołowski: Zatrucia pokarmami mięsnymi. Malinowski: Pseudoparalysis luetica (maladie de Parrot). Barącz: O przepuklinach lędźwiowych i brzusznych bocznych (c. d.).

— *Postęp okulistyczny* (lipiec). F. Rymowicz: Prątek ostrego zapalenia spojówki oka (bac. Koch-Weeks) i jego stosunek do prątka grypy (bac. Pfeiffer). Majewski: Asthenopia muscularis (c. d.). Bednarski: Patologia syderozy gałki (dok.). Talko: Obfity krwotok z oka po operacyi zaćmy z dobrem zejściem. (Spostrzeżenie z praktyki).

— *Nowiny lekarskie* Nr. 8. Malherbe: Nowy sposób znieczulania ogólnego przy pomocy chlorku etylu. Zembrzuski: O szwie nerwów (dok.).

— *Pamiętnik Towarzystwa lekarskiego warszawskiego* (Zeszyt II). Szleifstein: Ankylostomiasis et ankylostomum duodenale. Kijewski: O wycinaniu płuc (c. d.) Giedroyć: Źródła biograficzno-bibliograficzne do dziejów medycyny w dawnej Polsce (c. d.). Surzycki: O środkach nasercowych na podstawie własnych i obcych doświadczeń (c. d.).

— *Krytyka lekarska* Nr. 8. Steinhaus: Czy gorączka przynosi korzyść ustrojowi gorączkującemu? W. Sterling: Kilka uwag w sprawie walki z syfilisem (c. d.).

— *Kronika lekarska* Nr. 14. Eichler: Przypadek odmy podskórnej u osobnika z gruźlicą płuc. Otto: Kryoskopia i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek (c. d.).

— Nr. 15. Otto: Kryoskopia i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek (c. d.). Sterling: O nowych zjawiskach źrenicowych.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 32. Brejtman: O přijičných onemocněních srdce (c. d.). Zahradnický: Statistika narkos. (dok.).

— *Liečnički Viestnik* Nr. 8 Čačković: Peta stotina laparotomija na odjelu za chiruržke i ženske bolesti bolnice milosrdnih sestara u Zagrebu (dok.). Bošniaković: Zanimivi slučajevi iz moje sudbeno kemijske prakse. Tončić: Nešto o aetiologiji i prophylaxi tuberkuloze.

— *Lekarske rozhledy* Nr. 8. Panýrek: Příspěvek k nauce o vzájemném poměru nádorů benignich a zhoubných.

— *La Presse médicale* Nr. 62. Jeanselme: Spustoszenie jakie czyni ospa w Indo-Chinach francuskich. Acquaviva: Leczenie tętniaka podkolanowego Wyłuszczenie worka.

— Nr. 63 Bureau i Fortineau: Badanie bakteryologiczne zajadów (perlèche) Clerci: Sporozory ospy.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 31. Riedel: Jak często brakuje typowego stłumienia w prawym dole biodrowym przy zapaleniu wyrostka robaczkowego? Riechelmann: Statystyka raka z anatomo-patologicznego punktu widzenia. Meyer: Historya po urazie, skombinowana z organicznem schorzeniem układu nerwowego. Wulff: O martwicy tkanki tłuszczowej.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 31. Axenfeld: Zapobieganie posokowatemu zakażeniu oczów, szczególnie w zranieniach zawodowych. Przyczynek do wyłuszczenia worka łzowego. Müller: Sprawozdanie o jednej rodzinie przeżuwaczów. Rieck: Leczenie ciąży zamacicznej. Bamberger: Przypadek raka szyjki macicznej, utrudniającego poród po prawidłowo kończącej się ciąży. Trommsdorff: W sprawie skuteczności kolargolu. Heubel: Etyologia wyprysku. Żupnik: Odczyn surowiczy Widala w chorobie Weila. Körner: Prawodawstwo społeczne i nauka o chorobach usznych. Klein: Przyczynek do historyi wyciągnięcia i wygniecenia główki następującej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 32 Helly: Wzajemny stosunek między budową śledziony a jej czynnością. Adrian: O uwagi godnym przypadku ogólnego rozrostu tkanki łącznej w nerwach. (Neurofibromatosis). Scheib: Sprawozdanie o sześciu przypadkach sztucznego wczesnego porodu, wywołanego zapomocą elastycznych świeczek metalowych (Metallbougie) podług Knappa Pezzoli: O oddziaływaniu wydzieliny gruczołu krokowego w przewlekłem zapaleniu tego gruczołu (Odpowiedź drowi Lohnsteinowi)

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 32. Wolff: Perlica a gruźlica ludzka. Waldvogel: Przetoka między zagięciem esowatem a pęcherzem w związku z przebiciem uchyłku jelita. Eckstein: O podskórnych i podśluzowych protezach z twardej parafiny. Treitel: Dwa przypadki oparzenia uszów.

Redaktor odpowiedzialny: Dr. August Kwaśnicki.